

LUIZ HENRIQUE WANDERLEY GROCHOCKI

**PROPOSTA PARA IMPLANTAR PROGRAMA DE ADEQUAÇÃO LABORAL DOS
FUNCIONÁRIOS DE UM HOSPITAL ESTADUAL**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Departamento de Contabilidade, do Setor de Ciências Sociais Aplicadas, da Universidade Federal do Paraná, como requisito para obtenção do título de Especialista em Formulação e Gestão de Políticas Públicas.

Orientador: Prof. Dr. Blênio César Severo Peixe

CURITIBA

2009

RESUMO

GROCHOCKI, L.H.W. Proposta para Implantar Programa de Adequação Laboral dos Funcionários de um Hospital Estadual.

Este estudo analisa a segmentação da função de auxiliar de enfermagem, de hospital público estadual, em suas atividades laborais conforme o grau de suas exigências funcionais e fisiológicas. Essa análise visa à elaboração de programa de adequação laboral para facultar a reinserção de funcionários em convalescença de doença crônica a fim de reduzir o absenteísmo e atenuar a sobrecarga de trabalho à equipe de enfermagem em atividade. Para tal, pesquisa-se o absenteísmo-doença nos auxiliares de enfermagem, durante um período de 12 meses, e consideram-se os casos dos convalescentes, que após a alta pericial, ainda não apresentam condições de exercer todas as atividades laborais da função, porém já estão aptos a realizar atividades especiais compatíveis com o estado de convalescença. O programa em questão tem a finalidade de estabelecer métodos para correlacionar as atividades com as limitações da capacidade laboral, de acordo com critérios de avaliação de saúde ocupacional. Para analisar a viabilidade de implantação do programa, é realizada uma pesquisa qualitativo-descritiva sobre o absenteísmo e um estudo de campo com a observação direta das atividades executadas. Os resultados desses procedimentos apontam para os benefícios da implantação do referido programa, ao mesmo tempo em que são levantadas questões mais complexas relacionadas ao absenteísmo em geral, como comprometimento e motivação, além da resistência às mudanças na instituição. Conclui-se que é possível implantar o programa, mas que há necessidade de mudanças atitudinais em todos os níveis do quadro funcional para a aceitação desse programa para que, uma vez implantado, atinja a sua eficácia.

Palavras-chave: Absenteísmo. Capacidade laboral. Readequação. Exigências funcionais e fisiológicas

E.mail: luizhwg@gmail.com

LISTA DE QUADROS

QUADRO 01	- OS SETE PILARES DA QUALIDADE NOS CUIDADOS DE SAÚDE.....	20
QUADRO 02	- CARACTERÍSTICAS DA ASSISTÊNCIA AO TRABALHADOR.....	30
QUADRO 03	- IDADE DAS CHEFIAS DE ENFERMAGEM	57
QUADRO 04	- MODALIDADES DE AUSÊNCIA AO TRABALHO	59
QUADRO 05	- CORRELAÇÃO DE FUNÇÃO, ATIVIDADE, EXIGÊNCIAS E CRITÉRIOS DE AVALIAÇÃO – 1.....	107
QUADRO 06	- CORRELAÇÃO DE FUNÇÃO, ATIVIDADE, EXIGÊNCIAS E CRITÉRIOS DE AVALIAÇÃO – 2.....	108
QUADRO 07	- CORRELAÇÃO DE FUNÇÃO, ATIVIDADE, EXIGÊNCIAS E CRITÉRIOS DE AVALIAÇÃO – 3.....	109
QUADRO 08	- CORRELAÇÃO DE FUNÇÃO, ATIVIDADE, EXIGÊNCIAS E CRITÉRIOS DE AVALIAÇÃO – 4.....	110
QUADRO 09	– EXIGÊNCIAS FUNCIONAIS E FISIOLÓGICAS -1-.....	111
QUADRO 10	– EXIGÊNCIAS FUNCIONAIS E FISIOLÓGICAS - 2	112
QUADRO 11	– EXIGÊNCIAS FUNCIONAIS E FISIOLÓGICAS – 3.....	113
QUADRO 12	– EXIGÊNCIAS FUNCIONAIS E FISIOLÓGICAS – 4.....	114
TABELA 1	- DISTRIBUIÇÃO DAS CATEGORIAS DE AUSÊNCIA AO TRABALHO..	74
TABELA 2	- PROPORÇÃO DE DIAS PERDIDOS POR TIPO DE DOENÇA	78

LISTA DE FIGURAS

FIGURA 1	- IMAGEM DE TELA DE MICROCOMPUTADOR, FORMATAÇÃO DOS DADOS RELATIVOS ÀS ATIVIDADES E SUAS EXIGÊNCIAS.....	90
ORGANOGRAMA 1	- PRESSUPOSTOS PARA TREINAMENTO DE OPERADORES DO PROGRAMA DE ADEQUAÇÃO LABORAL.....	93
ORGANOGRAMA 2	- READEQUAÇÃO LABORAL.....	99

LISTA DE GRÁFICOS

GRÁFICO 01	- EXPERIÊNCIA DE TRABALHO.....	57
GRÁFICO 02	- EXPERIÊNCIA COM OUTROS SERVIÇOS.....	58
GRÁFICO 03	- OPINIÃO DAS CHEFIAS DE ENFERMAGEM SOBRE O ABSENTEÍSMO.....	58
GRÁFICO 04	- AVISOS SOBRE AS AUSÊNCIAS EM TEMPO HÁBIL.....	60
GRÁFICO 05	- PROVIDÊNCIAS DA CHEFIA AO CONSTATREM AS AUSÊNCIAS...	60
GRÁFICO 06	- EFEITOS DO ABSENTEÍSMO.....	61
GRÁFICO 07	- DIMENSIONAMENTO DAS EQUIPES.....	61
GRÁFICO 08	- MOTIVAÇÃO DOS FUNCIONÁRIOS.....	62
GRÁFICO 09	- COMPREENSÃO SOBRE O PROGRAMA.....	63
GRÁFICO 10	- PERCEPÇÃO DA UTILIDADE DO PROGRAMA.....	63
GRÁFICO 11	- ACEITAÇÃO DO PROGRAMA.....	64
GRÁFICO 12	- DIFICULDADES PARA SE INSTALR O PROGRAMA.....	64
GRÁFICO 13	PARTICIPANTES DA PESQUISA.....	65
GRÁFICO 14	- IDADE.....	65
GRÁFICO 15	- TEMPO DE SERVIÇO NESTE HOSPITAL.....	66
GRÁFICO 16	- SEXO.....	66
GRÁFICO 17	- TURNO DE TRABALHO.....	66
GRÁFICO 18	- FORMAÇÃO ESCOLAR.....	67
GRÁFICO 19	- ESTADO CIVIL.....	67
GRÁFICO 20	- NÚMERO DE FILHOS.....	67
GRÁFICO 21	- DUPLO VÍNCULO E SOBRECARGA.....	68
GRÁFICO 22	- PERCEPÇÃO DOS EFEITOS DO ABSENTEÍSMO E SOBRECARGA.....	69

GRÁFICO 23	- PERCEPÇÃO DO FUNCIONÁRIO EM RELAÇÃO AO TAMANHO DA EQUIPE.....	69
GRÁFICO 24	- PERCEPÇÃO DA PRÓPRIA AUSÊNCIA EM RELAÇÃO À AUSÊNCIA DO COLEGA.....	70
GRÁFICO 25	- PERCEPÇÃO DA SOBRECARGA.....	70
GRÁFICO 26	- AUTOAVALIAÇÃO DA MOTIVAÇÃO PARA O TRABALHO.....	71
GRÁFICO 27	- ENTENDIMENTO SOBRE O PROGRAMA.....	71
GRÁFICO 28	- PERCEPÇÃO SOBRE A UTILIDADE DO PROGRAMA.....	72
GRÁFICO 29	- ACEITAÇÃO DO PROGRAMA.....	72
GRÁFICO 30	- PERCEPÇÃO SOBRE A FRAGMENTAÇÃO DS FUNÇÕES EM ATIVIDA.....	73
GRÁFICO 31	- EXPECTATIVAS DAS VANTAGENS DO PROGRAMA.....	73
GRÁFICO 32	- TIPOS DE AUSÊNCIA.....	75
GRÁFICO 33	- AUSÊNCIAS E ABSENTEÍSMO.....	76
GRÁFICO 34	- PROPORÇÃO DE DIAS PERDIDOS POR TIPO DE EVENTO.....	77
GRÁFICO 35	-QUANTIDADE DE ATESTADOS POR EVENTO DE DOENÇA CRÔNICA.....	78
GRÁFICO 36	- PLANEJAMENTO DAS SUBSTITUIÇÕES.....	79
GRÁFICO 37	- ATESTADOS POR FUNCIONÁRIOS.....	79
GRÁFICO 38	- DIAS PERDIDOS POR TIPO DE ATESTADO.....	80
GRÁFICO 39	- COMUNICADOS SOBRE AUSÊNCIAS.....	80
GRÁFICO 40	- NÚMERO DE DOENÇAS POR FUNCIONÁRIO COM ABSENTEÍSMO.....	81
GRÁFICO 41	- TEMPO DE AFASTAMENTO PARA O MESMO MOTIVO INSS E ESTADO.....	81

LISTA DE SIGLAS

Atestado de Saúde Ocupacional	ASO
Código Internacional de Doenças	CID
Divisão Interna de Medicina e Segurança	DIMS
Diário Oficial da União	DOU
Departamento de Pessoal	DP
Laudo Técnico de Condições Ambientais de Trabalho	LTCAT
Membros Inferiores	MMII
Membros Superiores	MMSS
Norma Regulamentadora Número 7	NR 7
Programa de Controle Médico de Saúde Ocupacional	PCMSO
Programa de Prevenção de Riscos Ambientais	PPRA
Qualidade de Vida no Trabalho	QVT
Risco Ocupacional Específico	ROE
Risco Ocupacional Geral	ROG
Secretaria de Estado da Administração e Previdência	SEAP
Secretaria de Estado da Saúde	SESA
Setor de Segurança do Trabalho	SST
Unidade de Terapia Intensiva	UTI

SUMÁRIO

RESUMO.....	II
LISTA DE QUADROS.....	III
LISTA DE FIGURAS.....	III
LISTA DE GRÁFICOS.....	IV
LISTA DE SIGLAS.....	VI
1. INTRODUÇÃO	9
2. REVISÃO DE LITERATURA	11
2.1 O TRABALHO E SEUS DETERMINANTES.....	11
2.1.1 Transformações do Processo Produtivo no Contexto Histórico	12
2.1.1.1 O trabalho enquanto supressor das necessidades do homem.....	14
2.1.1.2 O trabalho enquanto promoção do homem.....	15
2.1.1.3 Trabalho, saúde e qualidade de vida	17
2.1.1.4 Produtividade e qualidade	19
2.1.1.5 Motivação, comprometimento, produção	22
2.1.1.6 Motivação como fator de reabilitação	25
2.2 ABSENTEÍSMO	27
2.3 RELAÇÃO TRABALHO- PRODUÇÃO-SAÚDE.....	30
2.3.1 Medicina do Trabalho	31
2.3.2 Saúde Ocupacional	31
2.3.3 Saúde do Trabalhador.....	32
2.3.4 Humanização e Produção	33
2.4 GESTÃO DE RECURSOS HUMANOS NA ÁREA DE SAÚDE.....	34
2.4.1 Recrutamento de Pessoal	34
2.4.2 Seleção de Pessoal.....	35
2.4.3 Lotação de Pessoal.....	36
2.4.4 Avaliação de Desempenho.....	37
2.4.5 Descrição e Análise de Cargos	37
2.4.6 Serviços Público e Privado- Seleção, Contratação e Vínculo Empregatício	38
2.4.7 As Resistências às Mudanças nas Organizações de Saúde	40
2.5 EXAMES DE SAÚDE OCUPACIONAL- ESO.....	41
2.5.1 Admissional.....	42
2.5.2 Periódico	42
2.5.3 Mudança de Função.....	43
2.5.4 Retorno ao Trabalho	44
2.5.5 Demissional.....	44
2.6 FUNÇÃO E CAPACIDADE LABORAL-CRITÉRIOS DE AVALIAÇÃO	45
2.6.1 Função Laboral	45
2.6.2 Capacidade Laboral	46
2.7 GESTÃO E PRODUTO NA ÁREA DE SAÚDE	47
2.7.1 Hospital Público Especializado no Atendimento de Pacientes Crônicos	48
2.7.2 Funcionamento das Equipes de Enfermagem	50
2.7.3 As Necessidades do Paciente Crônico e o Auxiliar de Enfermagem	51
3. METODOLOGIA DA PESQUISA	52
3.1 QUANTO À NATUREZA	52
3.2 QUANTO AO TIPO	52
3.3 QUANTO AOS PROCEDIMENTOS.....	53
3.3.1 Análise dos Dados de Absenteísmo	53
3.3.2 Observações das Atividades Laborais.....	54
3.3.3 Respostas aos Questionários.....	55
3.4 QUANTO AOS RESULTADOS	55
3.5 QUANTO A DELIMITAÇÃO	55
4 RESULTADOS E DISCUSSÃO	56

4.1 ANÁLISE DOS RESULTADOS DA PESQUISA	56
4.1.1 Dados e Repostas dos Questionários das Chefias de Enfermagem.....	57
4.1.2 Dados e Repostas dos Questionários dos Auxiliares de Enfermagem	65
4.1.3 Levantamento de Dados do Absenteísmo	73
4.2 PROGRAMA DE ADEQUAÇÃO LABORAL	82
4.2.1 Apresentação	82
4.2.2 Pressupostos do Programa de Adequação Laboral.....	83
4.2.2.1 Capacidade laboral e suas limitações.....	83
4.2.2.2 Função laboral.....	83
4.2.2.3 Exigência funcional.....	84
4.2.2.4 Exigência fisiológica	84
4.2.2.5 Avaliação da capacidade laboral	84
4.2.2.6 Trâmite de atestados no serviço público.....	85
4.2.3 Função Laboral de Auxiliar de Enfermagem.....	86
4.2.3.1 Atividades laborais da função auxiliar de enfermagem	87
4.2.3.2 Relação de exigências funcionais da função auxiliar de enfermagem	87
4.2.3.3 Exigências fisiológicas.....	88
4.2.3.4 Critérios clínicos de avaliação- função de auxiliar de enfermagem.....	89
4.2.4 Requisitos e Parâmetros para o Desenvolvimento do Programa.....	90
4.2.4.1 Requisitos legais	91
4.2.4.2 Requisitos de pessoal	91
4.2.4.3 Requisitos logísticos e financeiros.....	92
4.2.4.4 Parâmetros para a elaboração do cronograma.....	92
4.2.4.5 Parâmetros para o treinamento aos operadores do programa.....	94
4.2.5 Operacionalização do Programa de Adequação Laboral.....	94
4.2.5.1 Fase metodológica	94
4.2.5.2 Fase de análise	95
4.2.5.3 Fase de implantação	97
4.2.5.4 Fase de avaliação	97
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS E RECOMENDAÇÕES	100
6 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	102
APÊNDICES.....	106

1. INTRODUÇÃO

Segundo Stotz (1991, p. 21) “A adequação laboral¹, sob a ótica da área de saúde ocupacional, articulada com a área de recursos humanos, valoriza o funcionário que apresenta limitações orgânicas decorrentes de problemas de saúde”, por adaptá-lo à execução de atividades compatíveis com o seu quadro clínico. É também entendida como ferramenta para minimizar os efeitos do absenteísmo por doenças, haja vista aliviar a sobrecarga de trabalho para a equipe que se encontra em atividade, pois faculta a redistribuição de tarefas entre esta equipe e os convalescentes.

Em um hospital público estadual do Paraná, voltado ao atendimento de pacientes crônicos, observa-se no setor de enfermagem, especificamente na função dos auxiliares de enfermagem, a possibilidade de aproveitamento da capacidade remanescente de funcionários com limitações laborais por motivos de doenças, desde que esta função de trabalho seja fragmentada em atividades distintas com exigências funcionais² compatíveis com as limitações existentes.

Além dos funcionários públicos estaduais que possuem licença médica por motivos de doença, existe outro grupo de funcionários, que mesmo não tendo tido licença médica, apresentam limitações de capacidade decorrentes de doenças crônicas. Tanto estes como aqueles que tiveram alta pericial, atua com dificuldades por terem que realizar atividades gerais de sua função com exigências funcionais incompatíveis com o seu estado de saúde.

Seria possível, respeitadas as licenças médicas periciais, implantar um programa de readequação laboral dos auxiliares de enfermagem de um hospital público do Estado do Paraná que se encontram sem produtividade em função de doenças crônicas, e assim contribuir para a eficiência e eficácia do quadro funcional?

¹ Adequação laboral é o ato de adaptar a realização das atividades de uma função de trabalho às limitações da sua capacidade laboral, limitações essas decorrentes de seus problemas de saúde. (GROCHOCKI, 2002, p.27).

² Exigência funcional é o conjunto de requisitos orgânicos necessários para cumprir uma atividade laboral. Podem ser de ordem física ou mental. (GROCHOCKI, 2002, p.28).

O objetivo deste estudo é analisar as possibilidades de reestruturar o leque de atividades laborais inerentes à função em questão, estabelecendo as exigências laborais³, funcionais e fisiológicas⁴ destas atividades, correlacionando-as com critérios de aptidão e de exclusão para o exercício das mesmas. Esses critérios são estabelecidos de acordo com as limitações padronizadas acarretadas por doenças crônicas prevalentes nos funcionários auxiliares de enfermagem do hospital público estadual. O objetivo também é analisar o absenteísmo ocasionado por doenças e o real grau de incapacidade laboral para cada atividade da função, selecionando os funcionários tratados e estabilizados, instituindo-lhes treinamentos necessários e propor ao setor público a implantação de um programa de readequação laboral. A essência desse programa é utilizar a capacidade remanescente de trabalho, a fim de reduzir a sobrecarga de trabalho para a equipe e melhorar a eficácia do serviço prestado.

Esse programa, apresentando resultados favoráveis, poderá ser ampliado para outras funções, não apenas de instituições de saúde, mas de toda rede pública estadual, proporcionando a todos os setores públicos os mesmos benefícios já citados aqui.

³ Exigência laboral- é o conjunto padronizado de ações requisitadas ao trabalhador que se apliquem para a produção de uma tarefa de trabalho. (GROCHOCKI, p. 28, 2002)

⁴ Exigência fisiológica- é o conjunto dos requisitos clínicos necessários para se cumprir uma exigência funcional. (GROCHOCKI, p.28, 2002)

2. REVISÃO DE LITERATURA

Ao visar à otimização de recursos humanos, através da elaboração de programas, é importante estudar as relações entre homem, trabalho, assim como os aspectos que influenciam essas relações dentre eles: a motivação e qualidade de vida no trabalho, suas interferências no absenteísmo e na produção (MALIK, 1999, p.7).

A fragmentação de uma função laboral em atividades distintas, conforme seus diferentes tipos de exigências funcionais e fisiológicas, faculta o reaproveitamento da capacidade laboral do convalescente (RIO, 1996, p.31). Mas para se estabelecer modificações na dinâmica laboral de um setor de saúde pública faz-se necessário entender, no ambiente pesquisado, as características do serviço de saúde, da função e das diferenças entre a gestão de pessoal do serviço público e do privado, pois o programa proposto é inspirado nas boas práticas de recursos humanos do setor privado.

No aspecto ético e legal existem complexas implicações entre instituição, empregador e empregado para se promover mudanças que buscam melhorias no desempenho da equipe de trabalho. (KISIL, 1998, p.15).

Assim sendo, analisam-se aqui as características do funcionamento das equipes de enfermagem e os determinantes do seu processo produtivo para embasar a elaboração do programa de readequação laboral.

2.1 O TRABALHO E SEUS DETERMINANTES

Segundo Marx (1982, p.27), “o trabalho é inerente ao homem, que realiza, por determinados meios ou instrumentos, uma atividade a fim de obter um produto”. O processo de trabalho extingue-se no seu produto final e esse produto passa a se constituir um valor de uso. Para Dejours (1997, p. 43), “trabalho é a atividade coordenada e desenvolvida pelo homem para realizar uma tarefa utilitária”.

2.1.1 Transformações do Processo Produtivo no Contexto Histórico

As atividades de trabalho são realizadas dentro de condições variáveis, no tempo e no espaço, segundo aspectos históricos, sociais, políticos, de desenvolvimento tecnológico e principalmente econômico. Como exemplo, no Brasil, o trabalho braçal agrícola e escravo do século XVIII se contrapõem ao trabalho agrícola mecanizado do presente. A necessidade, produção de alimentos, continua a mesma, mas o cenário, que a permeia, é diferente. (SAMPAIO, 1999, p.40).

A sociedade do trabalho vem sofrendo historicamente transformações, acompanhando o processo histórico econômico e social, atendendo às necessidades do homem. Essas transformações são caracterizadas pelas chamadas revoluções industriais, da primeira à terceira. (ALVES, 2004, p. 137).

As revoluções, buscando atender necessidades humanas, também acarretaram problemas sociais, como o desemprego ou a baixa qualidade de vida no trabalho. Neste sentido, Singer refere:

“todas as revoluções industriais acarretaram acentuado aumento da produtividade do trabalho e, em consequência, causaram desemprego. Os deslocamentos foram grandes, milhões de trabalhadores perderam suas qualificações à medida que máquinas e aparelhos permitiram obter, com menores custos, os resultados produtivos que antes exigiam a intervenção direta da mão humana” (SINGER, 1998, p. 17).

A primeira revolução industrial e tecnológica, no final do século XVIII e início do XIX, foi um momento importante de modificação da história do trabalho e do próprio capitalismo se manifestando através da invenção da máquina. (ALVES, 2004, p. 139).

No final do século XIX e início do XX, temos o período da chamada segunda revolução industrial e tecnológica, com impacto no conhecimento, com novos descobrimentos, surgimento da energia elétrica, indústria automobilística, indústria química. É o momento do surgimento da grande empresa capitalista. (ALVES, 2004, p. 139).

Hoje vive-se uma fase de aperfeiçoamento tecnológico, a chamada terceira revolução industrial, transformações essas que impactam pela velocidade das

transformações nos campos econômico, social, e político. Os produtos de tecnologia de ponta tornam-se rapidamente obsoletos e são descartáveis, imprimindo maior cunho de consumismo, que por sua vez reflete-se na necessidade de maior produção. (ALVES, 2004, p. 140).

As transformações do processo produtivo no contexto histórico do trabalho associam-se ao que se chama de “uma sociedade tecnologicamente mais avançada”, com capacidade de produzir mais com menos pessoas, o que deveria, em tese, reduzir o trabalho penoso (POCHMANN, 1999, p. 17). Assim sendo, as diferentes condições sociais e tecnológicas, e o cenário econômico e político que nortearam a sociedade nos últimos quatro séculos, determinaram diferentes formas de organizar esse trabalho. Porém, o avanço tecnológico e as alterações sociais e políticas ocorridas na evolução histórica da organização do trabalho, não garantiram ao homem, objeto principal de se produzir o trabalho, condições laborais para sua melhor qualidade de vida. (NEUMANN, 2007, p. 17).

Desta forma como uma atividade humana social, o trabalho sofre influências de fatores internos ao homem, que são a motivação, a habilidade ou vocação para realizar determinado tipo de trabalho, e também influências de fatores externos, que são as condições ofertadas para a sua realização, e o ambiente de trabalho. Neste sentido, Brito refere que:

O trabalho envolve tanto as relações entre os homens, quanto entre eles e o meio onde se trabalha e se vive. Podemos mesmo afirmar que o trabalho é uma atividade que tem uma finalidade, mas também é o momento em “que se pode pôr em prática a capacidade humana de se “reapropriar” das situações e reinventá-las, instituindo novas regras e normas. (BRITO et al., 2003, p. 39).

O interesse em realizar determinada atividade está relacionado com o comprometimento do trabalhador e com o sistema de recompensas, não apenas monetária, mas também pela percepção de utilidade e valorização deste trabalho. Esse sistema de recompensas influencia de forma direta a motivação do indivíduo para realizar um trabalho. (SAMPAIO, 1999, p.25).

2.1.1.1 O trabalho enquanto supressor das necessidades do homem

O homem, inserido no contexto social, tem necessidades de subsistência a serem atendidas e em troca realizará o atendimento às necessidades de outros, executando atividades de produção dentro de suas habilidades, competências e escolhas. (SAMPAIO, 1999, p.17)

Para Dejours, Dessors & Desriaux,

As necessidades do homem, a serem supridas pela realização de trabalho, vão além das necessidades básicas de subsistência. Alimentar-se, vestir-se, abrigar-se com segurança e conforto, assegurar-se de condições de higiene e saúde e instruir-se são consideradas necessidades básicas. Lazer, servir ao próximo e assegurar-se de condições que garantam qualidade de vida, são também necessidades do homem. (DEJOURS, DESSORS & DESRIAUX, 1993, p. 102).

Todas essas necessidades são tangíveis, na medida em que se traduzem em preço de bem ou consumo. Segundo Sampaio (1999, p. 23), existem outras necessidades do homem, satisfeitas pelo trabalho, e que não são mensuráveis por valor monetário e mesmo assim se constituem num benefício apropriado pelo homem:

o trabalho é meio de o homem prover suas necessidades materiais e sociais. Necessidades psicológicas, como o senso de segurança, e mesmo de caráter filosófico, como o sentido de se sentir útil pelo trabalho que realiza, também são atendidas pelo trabalho. (SAMPAIO, 1999, p. 23).

Nesse sentido, Dejours, Dessors & Desriaux (1993, p. 109) referem-se ao trabalho como fonte de suprir necessidades tangíveis, ou necessidades materiais, e intangíveis que seriam aquelas de cunho psicológico e filosófico. Os autores consideram a satisfação dessas necessidades fatores agregantes do trabalho.

Por outro lado, atribuem que o trabalho também possui fatores desagregantes, ou seja, fatores que acarretam desconforto, perda ou insatisfação a quem realiza este trabalho. Neste sentido referem que:

Esses autores esclarecem que a ocorrência dos fatores desagregantes não é obrigatória e dependerá das condições e circunstâncias em que o trabalho for realizado.

A finalidade de execução de um trabalho é satisfazer as necessidades do homem, as quais podem ser tangíveis, remuneradas ou não, e intangíveis. Mesmo se constituindo em benefício, a execução do trabalho acarreta deteriorações nos seus executantes caso as condições em que se realize não visem a integridade, saúde e promoção do trabalhador.

2.1.1.2 O trabalho enquanto promoção do homem

Considerando-se como trabalho, não apenas a atividade oficial e remunerada, mas qualquer atividade que resulte em um bem, pode-se entender que é através de alguma atividade produtiva, que o homem sente-se útil, com auto-estima elevada e com noção de sua importância na sociedade e, em última análise, dando sentido a sua existência e realizando-o naquilo que faz, principalmente se o indivíduo faz aquilo que gosta, que escolheu e que atende às suas expectativas. (ANTUNES, 2000, p.47).

O trabalho é um dos pontos de partida para a humanização do ser social, pois pode se constituir em momento de busca de sua realização, condição para a sua existência; não se constituindo, apenas, em instrumento para a satisfação de suas necessidades. (DEJOURS, DESSORS & DESRIAX, 1993, p. 98).

Antunes (2000, p. 125) relata que “o trabalho mostra-se como essencial na realização do ser e como condição para sua existência”. Assim, vemos que entre as várias dimensões da vida de relação do ser humano, a laboral, ou seja, o trabalho e o significado desse trabalho, bem como as condições em que ele é realizado, além de ser supridor das necessidades do homem, é fator preponderante no estado de felicidade do indivíduo. (REGIS FILHO, 1998). Vários autores se manifestam no sentido de fortalecer a importância do trabalho para o homem e deste como agente primordial para a execução do processo produtivo.

Nesse sentido Mendes refere:

...o trabalho é mais do que o ato de trabalhar ou de vender sua força de trabalho em busca de remuneração. Há também uma remuneração social pelo trabalho, ou seja, o trabalho enquanto fator de pertinência a grupos e a certos direitos sociais. O Trabalho possui, ainda, uma função psíquica, enquanto um dos alicerces da constituição do sujeito e da sua rede de relações e significados. Processos como reconhecimento, gratificação, motivação mobilização e inteligência, além de estarem relacionados à realização do trabalho, estão ligados à constituição da identidade e da subjetividade do sujeito. (MENDES, 2004, p.7):

Ainda, segundo o mesmo autor (2004, p.20), se o trabalho exigir criação e cognição, não se encontrará em qualquer aparato tecnológico algo que se compare ao potencial humano. Se o trabalho exigir arte ou manufatura, a máquina não conseguirá atingir a destreza e estado de aprimoramento que o homem impinge nestes produtos. Se o trabalho é braçal, ou já terá sido substituído por equipamentos capazes de realizá-los, aliviando a sobrecarga para o homem, ou será muito melhor realizado por um funcionário capacitado e motivado para este tipo de labor. Dessa forma, reconhecer a importância do homem para a realização do trabalho, valorizá-lo e promovê-lo na sua condição humana, é atitude que visa à eficácia.

Priorizar o homem no processo produtivo é atitude humana, ética e socialmente correta. É a forma da produção e do lucro final possuírem a sua razão de existir. Isso enfatiza que o empregador necessita entender o papel humano como crucial em seu roteiro de produção. (ANTUNES, 2000, p. 125).

Assim sendo,

...não se trata de visualizar o empregado como “uma boa peça do maquinário”, mas de concebê-lo no seu grau de importância, como elemento vital e central para o processo produtivo. É ético afirmar que a produção e o lucro só possuem finalidade se houver satisfação e respeito à integridade de quem o faz acontecer. (DEJOURS, DESSORS & DESRIAX, 1993, p. 57),

Para Antunes:

Aquilo que se enxerga a princípio como “um ceder” nada mais é que “um investir” e se for se falar de benefícios concedidos, estes possuem um valor irrisório, frente aos resultados da produção e acima de tudo da produção

ética, que promoveu o seu fim maior: o próprio homem. (ANTUNES, 2000, p.118).

Segundo Brito:

Desta forma, antes mesmo do empregador supor que estaria fazendo algum “ato benevolente ao próximo”, em oferecer boas condições de capacitação, motivação por insumos de organização do trabalho e recompensas atraentes de salários e benefícios; o empregador tem de se conscientizar que, capacitando e motivando seu empregado, estará oportunizando o melhor rendimento deste, a resposta de que as ações, que proporcionaram este estado de satisfação, muito mais se tratam de um investimento do que um custo. (BRITO et al., 2003, p. 30).

A produção de um trabalho de qualidade apenas possui razão de ser quando seu objeto final é a integridade e qualidade de vida do homem, não fazendo sentido se buscar resultados se o instrumento principal desta produção for preterido ao lucro e à acumulação de capital.

2.1.1.3 Trabalho, saúde e qualidade de vida

Para Dejours (1993, p. 99): “Trabalhar nunca é um ‘fazer neutro’ em relação à saúde, pois através das diferentes relações estabelecidas entre o indivíduo e seu trabalho, a saúde é implicada no mais alto nível.”

Trabalho e saúde estão correlacionados, na medida em que as condições em que aquele se realiza podem agravar ou acarretar doenças, no campo físico e psíquico. Nesse sentido, Brito relata:

O trabalho é central na definição de nosso meio, não só porque a ele dedicamos muito de nosso tempo, como também porque grande parte de nossas condições de vida está relacionada com o trabalho que temos e assim ele pode fortalecer a saúde ou deteriorá-la, dependendo da forma e condições em que o realizamos. (BRITO et al., 2003, p. 30).

Trabalho que propicie a satisfação e promova ou mantenha a saúde do indivíduo é importante para a qualidade de vida. Não há qualidade de vida se não existir a satisfação com o desempenho da atividade laboral, mesmo que esta não seja remunerada, nos casos em que o indivíduo se provenha de outras formas. Saúde e realização de necessidades básicas são consideradas fatores preponderantes da qualidade de vida. (NEUMANN, 2007, p.27).

A expressão Qualidade de Vida no Trabalho (QVT) apareceu na literatura no início dos anos 50, referindo-se a um modelo para tratar os assuntos relacionados ao indivíduo, seu trabalho e à organização na qual se encontrava inserida. Tendo como base a satisfação do indivíduo saudável com o seu trabalho, os principais aspectos abordados nessa época foram: a segurança e saúde no trabalho, o desenvolvimento das capacidades humanas, a adequada e satisfatória recompensa pelo trabalho e a integração social. (NEUMANN, 2007, p.28 e 29).

Segundo Alves (1999, p.17), o conceito de QVT envolve o estudo do bem-estar dos indivíduos no ambiente de trabalho que compreende tudo o que influencia o trabalhador dentro da organização: o posto de trabalho, o ambiente, os meios, a tarefa, a jornada, a organização temporal, a remuneração, a alimentação saudável e a saúde.

A saúde e a doença se definem como um processo dinâmico, expresso no corpo, no trabalho, nas condições de vida, nas dores, no prazer e no sofrimento, enfim, em tudo que compõe uma história singular, mas também coletiva, pela influência das múltiplas lógicas inscritas nesse processo, estaremos caminhando para uma concepção ampliada de saúde do trabalhador com qualidade de vida. (MENDES, 2003, p. 66).

O termo qualidade de vida tem sido usado para descrever certos valores ambientais e humanos negligenciados pelas sociedades industriais em favor do avanço tecnológico, da produtividade, bem como a necessidade de uma maior participação do trabalhador na empresa, na perspectiva de tornar o trabalho mais humanizado e saudável. (RODRIGUES, 1995, p. 81),

Possuir saúde, desempenhar um trabalho que traga realização pessoal, mas principalmente que este desempenho mantenha e promova a saúde de seu executor, mostram-se determinantes para a qualidade de vida do indivíduo. Esse

conceito deve permear as ações e políticas das instituições produtoras de bens e serviços em todas as suas áreas de planejamento e gestão consonantes com a busca de resultados.

2.1.1.4 Produtividade e qualidade

Segundo Malik² (1998, v.9, p.47) “Sempre em termos genéricos, pode-se tentar definir produtividade como uma relação entre a produção e algum fator do qual ela dependa”. Entende-se que o termo produtividade está associado não só ao resultado do serviço, ou seja, ao produto final, como também à forma como foi produzido. A produtividade, vista como resultado de processo produtivo está intimamente relacionada com a qualidade. (ALAVAREZ, 1996, p.49).

Donabedian (1990, p. 27), define: “qualidade é a adequação ao uso definido pelo consumidor, atendendo ao que foi especificado”. O conceito de qualidade é multifacetado e referente a aspectos diferentes, cada uma aplicável a determinados contextos. Na área de serviços de saúde, é entendido como o atendimento eficaz da necessidade do paciente. (NOGUEIRA, 1994, p.72).

Para Alves (1996, p.52) produtos e serviços, que, por melhorias nos processos, atendem ou excedem as expectativas do consumidor apresentam qualidade, sendo reconhecidos e valorizados como tal. A qualidade não tem um significado sólido e objetivo enquanto não estiver associada a uma função ou uso específico – ela se torna, assim, condicional, e com algum grau de subjetividade. (MALIK, 1998, p.33).

Dobenadian (1992, apud NOGUEIRA, 1994, apud MALIK, 1998, p. 26) utilizou os conceitos de eficácia, efetividade, eficiência, além dos conceitos de otimização, aceitabilidade, legitimidade e equidade, para estudar a qualidade na área de saúde e ampliou o conceito de qualidade, utilizando o que chamou de “sete pilares da qualidade”. (QUADRO 1).

No mundo globalizado da comunicação, transporte e locomoção instantâneos, com distâncias e tempos encurtados, a organização do trabalho evoluiu de forma a atender os requisitos de uma sociedade mais competitiva,

caracterizando-se por exigências de maior produção, maior qualidade e menor custo.

Para Pochmann (1988, p. 231) a sociedade tecnologicamente “mais avançada” realmente produz e irá produzir sempre mais, na medida em que aumenta a produtividade, reduz o número de trabalhadores para aumentar seu lucro. Porém, o que tem que ser levado em conta é justamente o aspecto da qualidade, ou seja, se o resultado atende às necessidades dos tomadores do serviço.

PILAR	CONCEITO	RESULTADO
EFICÁCIA	Capacidade de a Medicina produzir melhorias na saúde e no bem-estar	É o melhor que se pode fazer nas condições mais favoráveis, dado o estado do paciente e mantidas constantes as demais circunstâncias
EFETIVIDADE	Melhoria na saúde, alcançada ou alcançável nas condições usuais da prática cotidiana	É o grau em que o cuidado, cuja qualidade está sendo avaliada, alça-se ao nível de melhoria da saúde em que os estudos de eficácia têm estabelecido como alcançáveis
EFICIÊNCIA	Custo com o qual uma dada melhoria na saúde é alcançada	É a comparação entre duas estratégias de cuidado que são igualmente eficazes e efetivas, escolhendo-se a mais eficiente como a de menor custo
OTIMIZAÇÃO	Os efeitos do cuidado da saúde são avaliados relativamente aos custos	É o resultado positivo na avaliação da curva de proporcionalidade entre os benefícios adicionados e os seus custos. Os benefícios obtidos devem justificar os seus custos
ACEITABILIDADE	Adaptação do cuidado aos desejos, expectativas e valores dos pacientes e de suas famílias. Depende da efetividade, eficiência e otimização, além da acessibilidade do cuidado, das características da relação médico-paciente e das amenidades do cuidado	É a percepção do paciente e sua família da validade dos processos de cuidados instituídos com a respectiva aceitação da forma como os mesmos se processaram
LEGITIMIDADE	Aceitabilidade do cuidado, pela comunidade ou sociedade em geral, com o reconhecimento de sua eficácia e ética	É não haver contestação da sua validade e eficácia
EQUIDADE	Princípio pelo qual se determina o que é justo ou razoável na distribuição do cuidado e de seus benefícios entre os membros de uma população	É tornar o cuidado aceitável para os indivíduos e legítimo para a sociedade

QUADRO 1 - OS SETE PILARES DA QUALIDADE NOS CUIDADOS DE SAÚDE
 FONTE: DONABEDIAN (1992, apud NOGUEIRA, 1994, apud MALIK, 1998, p. 26)

Os conceitos de produtividade são atrelados às definições de eficácia, eficiência e efetividade. Eficácia é “o fazer aquilo que tem que ser feito”, efetividade é “o fazer bem feito”, e eficiência é “o fazer, fazer bem feito pelo menor custo”. (MALIK, 1998, p. 26).

Visar produtividade e qualidade pressupõem a aquisição de requisitos por parte da instituição, do trabalhador e da forma de gestão do processo produtivo. Para atender os requisitos de produção e qualidade, surgem novas exigências de novas capacidades ao trabalhador. Pinto assim se refere:

Levando-se em conta as transformações no processo produtivo e, conseqüentemente no mundo do trabalho, as novas capacidades que estão a ser exigidas se articulam em torno de uma série de requerimentos que são elementos, os quais a formação não pode descartar, que são os seguintes: capacidade de abstração, uso de uma maior energia mental no trabalho, capacidade de resolução de problemas, capacidade de trabalhar em equipe, comunicar-se e relacionar-se, mobilização de conhecimentos coletivos, aquisição e aplicação de conhecimentos transversais, atuação no âmbito da qualidade e capacidade de adaptação. (PINTO, 2001, p.17).

Ao avaliar os processos na área de saúde consideram-se os resultados finais e se este resultado se deu com os padrões de qualidade que se desejava, além dos recursos disponibilizados e do tempo despendido. É preciso considerar os recursos e meios que se possuía para desenvolver o processo. Assim, no desempenho de uma tarefa, em que os recursos materiais e tecnológicos são adequados e o resultado não é o esperado, a produtividade é pior do que este mesmo resultado num processo em que não se dispunham recursos. O inverso também é válido, ou seja, se mesmo sem recursos, obtém-se o resultado esperado, significa dizer que a produtividade foi satisfatória, pois se obteve um bom resultado sem haver maior custo. (MALIK, 1998, p.33).

Na área de saúde, é fundamental que os recursos para a realização do serviço sejam adequadamente disponibilizados em quantidade e qualidade. A realização, com aproveitamento dos recursos existentes, de um serviço necessário, atingindo o resultado esperado e solucionando o problema que se apresentava, ele é avaliado como eficaz. Pode-se afirmar então que houve produtividade. Se ele foi realizado da forma preconizada da boa técnica, ele é avaliado como eficiente. Neste caso o critério de qualidade também foi satisfeito. Se além de tiver sido feito, e bem

feito, ele agregou um valor excedente ao resultado, ele é avaliado como efetivo. (MALIK, 1998, p. 26).

Além destas avaliações, poderão surgir fatos agregadores de valor positivo ao serviço prestado, como o desenvolvimento de uma nova técnica de realizar um curativo de forma a se ter melhores resultados e com custos menores. Neste caso além do serviço ter sido eficaz e eficiente, ele foi efetivo. (MALIK, 1998, p. 26).

2.1.1.5 Motivação, comprometimento, produção

Segundo Pieron (1969, p.35) “Motivação é definida como impulso à ação. É também traduzida como necessidade ou tendência”. Pode-se entendê-la como estado ou qualidade daquele que deseja e tem interesse em fazer e se impulsiona para tal. (CHIAVENATO 1990, p. 48),

A motivação é desencadeada pela busca de suprir uma necessidade, enquanto a satisfação é a realização desta necessidade. Nesse sentido, Bergamini refere que:

A motivação é ocasionada por um estímulo e se canalizada trará um efeito. Causas e efeitos da motivação não são pontuais ou estanques, havendo necessidade de um ritmo de estímulos para que ela seja mantida. Um estímulo motivacional único tem efeito de curta duração, sendo necessário contínuo estímulo da motivação para a obtenção de resultado. Esta é a justificativa para o fracasso de muitas atividades, que inicialmente se desempenhavam com vigor, para depois perderem a sua força de realização e fadarem-se ao insucesso: o estímulo motivacional foi inicial e não se perpetuou. (BERGAMINI, 1997, p. 34).

Segundo Archer (in BERGAMINI, 1990, p. 20) a motivação surge das necessidades humanas, e satisfação é considerada o atendimento de uma necessidade ou sua eliminação, portanto, considerados opostos e não sinônimos.

Para Chiavenato (1990, p. 53), o indivíduo sente-se motivado para qualquer atividade quando possui percepção de alguma recompensa por aquilo que se propõe a fazer. Neste sentido Archer esclarece que:

A perspectiva de ganho, que acarreta a motivação pode ser tangível, como a promessa ou certeza de uma remuneração, ou intangível como o prazer de realizar algo pela sua simples execução. Mesmo que esta recompensa não se constitua em uma remuneração ou benefício palpável, o indivíduo pode se sentir motivado, enquadrando-se aqui o voluntário que crê seu trabalho vir a lhe render alguma recompensa intangível. (ARCHER, BERGAMINI, 1990, p. 17).

. A motivação também pode ter causas palpáveis como a remuneração que lhe trará aquisições desejadas ou o “sentir-se bem” por fatores psicológicos e emocionais, como a vaidade, o afeto, o conforto. A motivação sempre estará associada com a percepção e a expectativa introspectada, mesmo que esta não se realize. (MCGREGOR, 1992, p.73).

Da mesma forma, a desmotivação também é influenciada por fatores tangíveis como as deficientes condições e organização do trabalho, empobrecimento das tarefas, queda no estímulo oferecido e precária integração do trabalhador à organização, além de impactos psicológicos decorrentes de uma direção ou clima negativo. (BERGAMINI, 1997, p. 34).

Em relação à motivação no trabalho: Porém, há relação estreita entre a motivação dos funcionários e os resultados da instituição. Nesse sentido Malik (1999, p.10) refere que “mesmo com os objetivos mais nobres, com as contas bancárias recheadas e com filas de clientes, nenhuma organização poderá ser considerada desenvolvida sem que seus trabalhadores o sejam e que estejam motivados”. No meio empresarial a palavra motivação tem relação direta com a produtividade e lucratividade divergindo completamente do real conceito e entendimento dos estudiosos deste assunto. (FLEURY, 2002, p.36).

Os Aspectos de satisfação e insatisfação no trabalho relacionam-se com fatores: higiênicos e motivacionais. (RODRIGUES, 1995).

Segundo Chiavenato:

A motivação das pessoas depende de dois fatores: higiênicos e motivacionais. Os fatores higiênicos referem-se “às condições físicas e ambientais de trabalho, o salário, os benefícios sociais, as políticas da empresa, o tipo de supervisão recebida, o clima de relações entre a direção e os empregados, os regulamentos internos”. Os fatores motivadores referem-se ao conteúdo do cargo, às tarefas e aos deveres relacionados com o cargo em si, produzindo efeitos duradouros de satisfação e aumento de produtividade em níveis de excelência. (CHIAVENATO, 1990, p. 53).

Para Maria Tereza L. Fleury:

Existem vários modelos para estudar a motivação: a administração científica, que considerava que os funcionários eram preguiçosos e que deveriam receber recompensas que os induzissem a produzir mais, mais rápido e melhor. Posteriormente surgiu o modelo das relações humanas que entende que o homem deve ser percebido como um todo; o trabalhador deveria sentir-se importante e participativo ficando assim satisfeito. Outro modelo importante foi o dos recursos humanos que entende que são diversos os fatores que influenciam a motivação e estes fatores alteram de pessoa para pessoa; o objetivo deste modelo é entender cada trabalhador para motivá-lo por si só. (FLEURY, 2002, p.47).

Existem fatores motivacionais intrínsecos, os quais não se implantam, nem se aprimoram, pois acompanham o indivíduo na sua personalidade, principalmente se ele realiza o que gosta. “A motivação vem do interior do indivíduo e não é possível motivar o funcionário, se este não se tornar receptivo aos estímulos motivacionais”. (FLEURY, 2002, p.40).

Outros fatores motivacionais dependem da gestão: o treinamento, a capacitação, as condições de trabalho oferecidas, a remuneração em salários e benefícios. Existem ainda fatores motivacionais relacionados ao clima de trabalho e com a sua organização: orientações e ordens de serviço claras, tempo adequado para a realização das atividades, com pausas para recuperação de fadigas, horários e jornadas compatíveis com um trabalho eficiente. (BERGAMINI, 1997, p. 28).

São fatores motivacionais ligados ao clima de trabalho: o bom relacionamento vertical e horizontal, onde o indivíduo sente-se acolhido, seguro e bem orientado. Porém, nenhum fator é tão importante para a motivação como a auto-estima elevada no ambiente profissional, acarretada pela satisfação de domínio das competências e habilidades necessárias, a eficácia e eficiência do seu trabalho e o reconhecimento da importância do mesmo pelo consumidor do produto, pela chefia e pelos pares de trabalho. (BERGAMINI, 1997, p. 40).

Como já analisado, diversos fatores influenciam a motivação humana, o que determinará o grau de comprometimento do indivíduo com a instituição e o grau de satisfação que o mesmo irá trabalhar. A motivação tem forte influência sobre o absenteísmo, na medida em que para o mesmo fator incidente, ela vai acarretar o

comparecimento ao trabalho mesmo em situações adversas, ou de outra forma, na sua ausência um fator não- adverso tomará proporções de ocasionar o absenteísmo. (FLEURY, 2002, p.47).

O nível de satisfação nos anseios e expectativas, incluindo necessidades prementes e conquistas de valores e posições desejados, além das condições pessoais de satisfação do indivíduo, atua como forte determinante na motivação. (MCGREGOR, 1992, p.58).

Como fatores que enfraquecem a motivação, encontram-se o não cumprimento dos objetivos da tarefa, a desconsideração por parte do usuário ou dos superiores pelos sucessos alcançados, o desapontamento por promessas não cumpridas, e o clima organizacional negativo nas relações com os pares de trabalho. (MCGREGOR, 1992, p.82).

2.1.1.6 Motivação como fator de reabilitação

Trata-se aqui da reabilitação do funcionário, auxiliar de enfermagem, enquanto também paciente. Segundo Knave (1995, p.37) “não existe estudo específico relacionando apenas o fator satisfação e motivação para o trabalho, como agente facilitador na recuperação do funcionário doente”. Porém, entendem-se que há influência de motivação e comprometimento do funcionário, como fatores a predispô-lo a participar de mudanças na organização. (BERGAMINI, 1997, p. 35).

Já em relação ao segmento de funcionários que já havia findado sua licença médica, e que será disponibilizado em uma situação especial de trabalho com restrições e que por sua vez otimizará o seu conforto enquanto convalescente, torna-se mais tangível a sua participação, pois neste caso não há a dependência de fatores motivacionais e de comprometimento. (FLEURY, 2002, p.51).

Diversos fatores influenciam a motivação humana, o que determinará o grau de comprometimento do indivíduo com a instituição e o grau de satisfação que o mesmo irá trabalhar. (BERGAMINI, 1997, p. 35).

O nível de satisfação nos anseios e expectativas, incluindo necessidades prementes e conquistas de valores e posições desejados, além das condições pessoais de satisfação do indivíduo, atua como fortes determinantes na motivação.

Em relação aos fatores que podem ser articulados dentro da organização, dependendo ou não dela, encontram-se como significativos o clima organizacional, envolvendo as relações interpessoais verticais e horizontais, a competência técnica, prática e familiaridade que se possuem para realizar a sua tarefa específica, com reflexo na eficácia e eficiência do serviço realizado. Também são importantes as condições logísticas para a realização da atividade, e o reconhecimento de seus valores por parte da instituição e superiores. (FLEURY, 2002, p.51).

Como fatores que enfraquecem a motivação, encontram-se o não cumprimento dos objetivos da tarefa, a desconsideração por parte do usuário ou dos superiores pelos sucessos alcançados, o desapontamento por promessas não cumpridas, e o clima organizacional negativo nas relações com os pares de trabalho. (BERGAMINI, 1997, p. 35).

Na área de saúde ocorre a diferenciação de fatores motivacionais, ficando visível que o caráter essencialmente humanitário que os profissionais desta área devem possuir, conduz ao foco motivacional para aspectos humanísticos, como a solidariedade e a valoração do cuidar e ajudar. Estes aspectos são mais fortes de que os fatores mais concretos, como a remuneração, o que ocorre intensamente em indústrias, onde a remuneração atua como forte fator motivacional. É de suma importância uma análise apurada da motivação e seus fatores causais, pois, salvaguardas as características individuais, são atitudes da instituição, muitas delas sem custos operacionais, como o reconhecimento e a comunicação, que vão fazer o diferencial para o sucesso de qualquer programa que se pretenda implantar numa instituição. (FLEURY, 2002, p.51).

Os superiores (direção, chefia de enfermagem, chefia imediata) têm atuação fundamental para incrementarem a motivação e comprometimento.

Por outro lado a produtividade está intrinsecamente ligada à motivação. Tomando por base exemplos simples na área de saúde, mencionamos que o funcionário motivado não precisa aguardar ordens para atender uma necessidade do paciente. Motivado, toma a iniciativa, permanece mais atento e receptivo para

qualquer queixa e ao participar alguma situação, geralmente aponta já as soluções que realizou. Parece que, funcionário motivado, é especialista em trazer soluções, enquanto que o funcionário desmotivado prima por trazer problemas e normalmente apresenta uma visão mais negativa da realidade. (PITTA, 1996, p. 47).

Existem relações determinantes entre motivação, gestão da mudança e o sucesso de resultados de qualquer programa que se pretenda instalar. É importante os superiores da instituição, diretores, chefias de enfermagem, chefias imediatas conduzirem processos que influenciarão positivamente nos aspetos motivacionais, a ponto de afirmar-se que a operacionalização de um programa, só deva ser instaurada, se houver clara conscientização dos gestores sobre estes aspectos e atitudes reais e objetivas para a sua realização. (BERGAMINI, 1997, p. 35).

Os gestores devem estabelecer um plano atitudinal e aplicarem-no para paralelamente exercerem as mudanças operacionais de um programa.

2.2 ABSENTEÍSMO

A ausência ao trabalho é o conjunto de tempo em que o indivíduo não está presente ao seu serviço, abrangendo as ausências previstas e as não previstas. As ausências previstas abrangem: férias, compensações de horários, licenças-prêmio, licenças sem vencimentos, licenças para estudo, autorizações para cumprimento de dever legal⁵, licenças para prestação de serviços em sindicatos e para a realização de campanha eleitoral. (COUTO, 1987, p. 23).

As ausências não previstas, ou absenteísmo, são as faltas, as quais podem ser justificadas ou não justificadas. O absenteísmo justificado compreende: motivos de saúde própria ou de familiar direto, motivos de calamidade que impeçam a locomoção ao trabalho, a licença nojo⁶ e a licença gala⁷, licença maternidade e

⁵ São deveres legais: o comparecimento a júzo por intimação, a ausência para votação ou participação no processo eleitoral com convocação, a ausência para confecção de documentos e para alistamento militar.

⁶ Licença nojo- por motivo de falecimento de familiar direto.

⁷ Licença gala- para fins de casamento do empregado

paternidade. A falta é justificada, e, portanto não acarretando desconto de pagamento, desde que se apresente documento ou evidência comprobatória da sua causa. (COUTO, 1987, p.24).

Segundo Alves (1996, p.37) o absenteísmo- doença inclui-se dentro do absenteísmo em geral, e em algumas circunstâncias pode ser previsto, como nos casos de licenças para realização de procedimentos eletivos: consultas eletivas, realização de exames complementares agendados e cirurgias programadas. O absenteísmo-doença pode não estar justificado, quando o indivíduo não apresenta declaração ou atestado de profissional de saúde que o atendeu.

As causas do absenteísmo são multifatoriais e podem ser relacionadas a fatores de trabalho, socioeconômicos e culturais; psicológicas, de personalidade; e doenças (COUTO, 1987, p.25). Segundo Alves:

Voluntariamente o trabalhador pode se ausentar, mesmo possuindo capacidade laboral, para resolver questões de ordem pessoal, como para resolver suas pendências extra-trabalho, para acompanhar um familiar doente, ou involuntariamente quando afetado por doença ou necessidade de saúde, por impedimentos diversos de transporte ou calamidades, ou por motivos legais, como o comparecimento a audiências em que foi arrolado ou para cumprimento de deveres civis (ALVES, 1996, p.37).

Independente do que ocasione falta de interesse ou até aversão ao trabalho, entra ainda como causa de absenteísmo, a ausência voluntária provocada pela simples falta de motivação. (ALVES, 1996, p. 48).

A ausência ao trabalho justificada através de atestado ou declaração médica, ou por declarações amparadas na lei, é abonada e paga pelo empregador ou pelo órgão previdenciário conforme o tempo de afastamento. Outras ausências, acordadas previamente, acabam sendo objeto de compensações e não são consideradas como absenteísmo. (COUTO, 1987, p.24).

O absenteísmo é fonte de preocupação nos diversos ramos de atividade, por trazer perturbações à realização da atividade laboral, dificultando a substituição imediata do trabalhador, sobrecarregando os funcionários que comparecem ao serviço, reduzindo a produtividade em locais onde a tarefa é realizada em série prejudicando o processo de trabalho, reduzindo a qualidade do trabalho a ser

realizado e aumentando o custo operacional com reflexos para o consumidor. (ALVES, 1996, p.25).

Além disso, a ausência ao serviço acarreta a redução da habilidade em executar o ofício. O trabalhador de atividades manufatureiras, que se ausente por um período superior a um mês, ao retornar à atividade laboral, perde em média 35% em sua rapidez na execução do serviço. (COUTO, 1987, p.87).

Knave (1995, p. 41) relata que o impacto das ausências dos trabalhadores é significativo em todas as áreas da comunidade de trabalho. Em setores que não podem parar como nas unidades hospitalares, os trabalhadores presentes se vêem forçados a assumir a tarefa do colega faltoso, sobrecarregando-se na mesma jornada ou estendendo seu horário de trabalho. O empregador tem que pagar estas horas extras ou contratar novos funcionários, medidas que representam um aumento de custo. O usuário acaba sofrendo reflexos do absenteísmo, seja pela redução da qualidade, seja pelo aumento do custo.

As faltas constituem prejuízo financeiro para a instituição empregadora e podem ser um indicador de um ambiente de trabalho deficiente, que expõe o trabalhador a constantes riscos físicos e mentais. (GODOY, 2001, p.27).

Entre os auxiliares de enfermagem de um hospital público, ALVES (1996) relaciona como causas de absenteísmo problemas de saúde, questões sociais e problemas relacionados ao trabalho em si, além da fadiga crônica comum nesta categoria, haja vista o seu sistema de trabalho em turnos facultar o duplo emprego, condição não desejável, mas necessária diante da aspiração de renda melhor. Sounis (1991, p.29) refere que essa dupla jornada é fator de sobrecarga de horário o que contribui para o absenteísmo aumentar.

2.3 RELAÇÃO TRABALHO- PRODUÇÃO-SAÚDE

Agravos à saúde provocados ou desencadeados pela execução da atividade de trabalho coexistem com o próprio homem desde os primórdios da história. (MENDES, 2004, p.3).

Desde a antiguidade havia relatos sobre o sentido de realização do homem pela execução de uma atividade produtiva contrapor-se a agravos, acidentes ou doenças, ocasionados pela exposição a riscos e por efeitos da fadiga, do estresse, das condições insalubres e inadequadas a que se sujeitava o trabalhador. (GODOY, 2001, p.2).

O sentido da intervenção necessária para se contrapor ao ônus de um processo produtivo a qualquer preço modificou-se desde o “nada fazer e só produzir” até a concepção progressista atual de que, além de curar e prevenir faz-se necessário promover o homem como objetivo maior da produção de bens e serviços. (MENDES, 2004, p. 17).

As três modalidades de assistência ao trabalhador: (QUADRO 1) medicina do trabalho, saúde ocupacional e saúde do trabalhador e suas características de atuação não acontecem de forma isolada ou seqüencial na forma de cuidar, mas revelam a evolução da tendência, que se estabelece na relação trabalho – saúde - produção, ocorrida no mundo corporativo nas últimas cinco décadas.

MODALIDADE DE ASSISTÊNCIA AO TRABALHADOR	CARACTERÍSTICAS DA ASSISTÊNCIA AO TRABALHADOR
Medicina do trabalho	Curativa, individual e pontual
Saúde ocupacional	Preventiva, coletiva e investigativa
Saúde do trabalhador	Promocional, coletiva e receptiva

QUADRO 2- CARACTERÍSTICAS DA ASSISTÊNCIA AO TRABALHADOR

FONTE: O autor (2009)

2.3.1 Medicina do Trabalho

A variação dos efeitos da organização do trabalho na saúde do trabalhador e os resultados na produção ficam por conta do contexto social, político e econômico em que era realizado este trabalho. Nos diversos contextos pode-se observar que a preocupação por resguardar a integridade do trabalhador, apresentou-se não como uma preocupação essencial ao bem-estar do homem, mas, sim, com outros determinantes, como o acúmulo de capital, a produtividade requerida e a eficácia da empresa. (REIS, 1993, p. 117).

Se o objetivo era o produto, e não necessariamente o homem, entendeu-se este homem ser necessário para produção e para esta ter melhores resultados passou a exigir diversos fatores como um equipamento eficiente, uma matéria prima de boa qualidade e um trabalhador produtivo, mesmo que para tal ele precisasse estar saudável. (MENDES, 2004, p.18).

Mesmo existindo exceções e não sendo válida a generalização, a ditadura do lucro à custa da exploração do trabalho, fez surgir à preocupação com o trabalhador pelos resultados que este pudesse apresentar. Assim inicialmente se configura a medicina do trabalho, de enfoque individualista, usando o médico como aliado, na expectativa da produtividade, à medida que este se tornasse empenhado em fazer uma medicina curativa das mazelas já ocorridas ou fornecer condições da mão de obra ser eficaz enquanto o trabalhador não adoecesse e não tivesse absenteísmo. (RODRIGUES, 1996, p.17).

2.3.2 Saúde Ocupacional

A evolução social do trabalhador, ser pensante e com sentimentos, ocasionou a organização e formação de entidades representativas que, paulatinamente, conscientizaram-se de seus direitos e da necessidade de pleiteá-los, fazendo o trabalhador não ser apenas mais uma ferramenta de produção, mas um indivíduo a ser respeitado e ouvido em suas reivindicações. (GODOY, 2001, p.4).

Surge assim outro enfoque para o cuidado do trabalhador, que é a saúde ocupacional, voltada para a prevenção do agravo e com sentido epidemiológico, passa a abordar o indivíduo como parte do coletivo e não apenas como um elemento isolado a ser curado após nele instalados as conseqüências do agravo pelo trabalho que realizou. (MENDES, 2004, p.27).

2.3.3 Saúde do Trabalhador

Com a evolução dos sistemas de qualidade, onde o trabalhador passa a ser visto não como peça do processo produtivo, mas sim como objetivo maior do mesmo, entendendo-se só existir qualidade com a centralização do processo produtivo na satisfação do homem, passa-se a focar na “saúde do trabalhador”. Aqui o homem, que produz, é visto como ser holístico com diversas necessidades a serem satisfeitas e como razão de ser do trabalho que executa. (MENDES, 2004, p. 19).

O mesmo indivíduo que produz, será em algum momento o consumidor, ou seja, motivo da produção. Assim sendo, ele deve ser encarado como um parceiro do processo, e como tal tratado.

O próprio trabalhador entende a necessidade de estabelecer uma relação binomial, pois se a instituição necessita dele para produzir, fazendo este trabalhador ter sua importância enquanto elemento central de qualquer resultado, em não existisse um resultado da empresa em que trabalha, não haveria a necessidade da mesma existir, não existiria emprego e portanto deixaria de existir a relação de trabalho. (MENDES, 2004, p.28).

Assim o homem, atendido em suas necessidades básicas; ordenadamente: necessidades fisiológicas, necessidades de segurança, necessidades sociais, necessidade de reconhecimento e necessidade de auto-realização; ele passa a querer da empresa em que trabalha: remuneração justa e digna, condições adequadas de higiene do ambiente de trabalho, proteção contra os riscos de sua atividade e promoção de sua saúde, reconhecimento e consideração da organização, incentivo, bom clima organizacional e confiabilidade. (KISIL, 1998).

A organização por sua vez passa a querer do trabalhador: trabalho bem feito, lealdade, freqüência, competências e habilidades e comprometimento com o todo.(MALIK, 1998, p.6).

2.3.4 Humanização e Produção

“Priorizar o homem no processo produtivo é uma medida para a eficiência, além de atitude humana, ética e socialmente correta, é a forma da produção e do lucro final possuir a sua razão de existir.” (REGIS FILHO, 1996, p.32). Esta afirmação enfatiza que o empregador necessita entender o papel humano como crucial em seu roteiro de produção.

Neste sentido, Antunes (2000) é enfático quando constata:

a inversão de valores , das últimas décadas, na relação homem-capital na sociedade capitalista, o trabalho é degradado e aviltado. Torna-se estranhado. O que deveria se constituir na finalidade básica do ser social – a sua realização no e pelo trabalho - é pervertido e depauperado. O processo de trabalho se converte em meio de subsistência. A força de trabalho torna-se, como tudo, uma mercadoria, cuja finalidade vem a ser a produção de mercadorias. O que deveria ser a forma humana de realização do indivíduo reduz-se à única possibilidade de subsistência do despossuído. (ANTUNES, 2000, p.126; NEUMANN, 2007, p.26).

Não se trata de visualizar o empregado como uma boa peça do maquinário, mas de concebê-lo do seu grau de importância, como elemento vital e central para o processo produtivo. É ético afirmar que a produção e o lucro só possuem finalidade se houver satisfação e respeito a integridade de quem o fez acontecer. (NEUMANN, 2007, p.26).

Por mais que a evolução tecnológica tenha acarretado a desvalorização da mão de obra, o homem permanece como fator primordial do processo de trabalho. Se o trabalho exigir criação e cognição, não se encontrará em qualquer aparato tecnológico algo que se compare ao potencial humano. Se o trabalho exigir arte ou manufatura, a máquina não conseguirá atingir a destreza e estado de

aprimoramento que o homem impinge nestes produtos. Se o trabalho é braçal, ou já terá sido substituído por equipamentos capazes de realizá-los, aliviando a sobrecarga para o homem, ou será muito melhor realizado por um funcionário capacitado e motivado para este tipo de labor. (RÉGIS FILHO, 1996, p.12).

O empregador, ao oferecer condições de capacitação e motivação através de insumos de organização do trabalho e recompensas atraentes de salários e benefícios, tem que se conscientizar que a resposta do trabalhador capacitado e motivado é resultado de um investimento e não de um custo. (NEUMANN, 2007).

Na realidade, aquilo que se enxerga a principio como “um ceder” nada mais é que “um investir” e os benefícios concedidos possuem valor irrisório frente aos resultados da produção e acima de tudo da produção ética, que promoveu o seu fim maior: o próprio homem.

2.4 GESTÃO DE RECURSOS HUMANOS NA ÁREA DE SAÚDE

Chiavenato (1985, p. 27) refere que são competências da área de recursos humanos: recrutamento e seleção, lotação de pessoal, avaliação de desempenho, remanejamento, cadastramento, análise e descrição de cargos, responsabilidade pela introdução e acompanhamento do indivíduo na instituição. Estas competências se articulam de forma dinâmica “para manter a organização produtiva, eficiente, eficaz, a partir da mobilização adequada das pessoas que ali trabalham.” (MALIK, 1998, p.16).

2.4.1 Recrutamento de Pessoal

Na iniciativa privada o recrutamento é o processo pelo qual se angariam potenciais ocupantes de uma vaga de trabalho. Segundo Chiavenato (1985), o recrutamento é o conjunto de procedimentos que visa atrair candidatos

potencialmente qualificados e capazes de ocupar cargos dentro da organização. No setor público o recrutamento seria o edital de um concurso público, oferecendo a todos, desde que preenchidos requisitos básicos de qualificação na área pleiteada a oportunidade de realizá-lo.

2.4.2 Seleção de Pessoal

Para Thielen, o papel da seleção é analisar as características do indivíduo e do trabalho e identificar aquele(s) indivíduo(s) que melhores chances apresentam de desenvolver o trabalho de forma a elevar ou pelo menos manter o nível de qualificação dos serviços prestados. (THIELEN, 1987, s.p.).

No setor público a seleção de pessoal é feita através de concursos. Por democráticos que sejam oferecendo condições iguais a todos os elegíveis, pois são aprovados candidatos pelos seus conhecimentos, esta modalidade de seleção não avalia uma série de habilidades e competências que se fazem necessárias para o desempenho da função pleiteada. Para Castro (1988, p.45) “a prática de recrutamento e seleção, através do simples concurso, merece a crítica do seu resultado manter distância entre o perfil do selecionado e as necessidades do serviço”.

De acordo com a Constituição Federal Brasileira, (1988), “a investidura em cargo ou emprego público depende de aprovação prévia em concurso público de provas e títulos, ressalvadas as nomeações para cargo em comissão declarado em lei de livre nomeação e exoneração”. (Brasil, 1988, s.p.).

Desta forma, enquanto a seleção no setor privado utiliza critérios objetivos como a análise curricular, testes de conhecimento e também critérios subjetivos na dependência de parâmetros do selecionador, a seleção no setor público apresenta deficiência por carecer da avaliação de habilidades e competências práticas não mensuráveis através de testes ou análise curricular. Além da forma de seleção, no setor público, não suprir as necessidades de pessoal com o imediatismo em que isso pode ser feito no setor privado.

Segundo Castro (1988), existe no setor público, o problema de pessoas que se afastam do emprego por licenças, pedidos de demissão, transferências, aposentadoria ou morte, além daqueles que usufruem de outros tipos de afastamento, como licença para estudo e pesquisa, para candidaturas e licenças prêmios, não serem substituídos de imediato como no setor privado. Há uma demora excessiva para a reposição das vagas que se abrem em função destes afastamentos.

2.4.3 Lotação de Pessoal

De acordo com Sbrissia (1987, p.36), o quadro de lotação é um instrumento de planejamento e gerência de RH que expressa a força de trabalho existente e necessária em determinado setor para garantir um atendimento à população em níveis satisfatórios de qualidade, quantidade e eficácia. Segundo Malik (1999, p.9) após o indivíduo ser selecionado para a organização, tornando-se um recurso humano concreto, é necessário avaliar onde ele irá prestar seu serviço, ou seja onde vai ser lotado, pois as vagas existentes não são necessariamente preenchidas pelo aprovado com perfil para a mesma.

Ainda segundo Castro (1988, p.12) a lotação deveria ser equalizada em função da necessidade do serviço a ser prestado à comunidade que faz uso dos serviços desta lotação através de atividades desenvolvidas pela unidade de atendimento, capacidade instalada da unidade, existência de outras unidades de atendimento no local e seus serviços e produtos ofertados. O quadro de lotação corre o risco de tornar-se obsoleto pela inflexibilidade de adequação do seu quantitativo e aprimoramento das pessoas que o compõem.

2.4.4 Avaliação de Desempenho

A avaliação de desempenho é um instrumento de gestão com finalidade de aferir os resultados das ações postas em prática e sua conformidade com os objetivos estipulados no planejamento de uma política da instituição.

A avaliação de desempenho é um instrumento de gestão com base no planejamento e na implementação das diversas atividades da instituição. Costuma ser feita, no setor público, como uma formalidade que considera indicadores desprovidos de técnica em detrimento de valores agregados na realização do trabalho. (SBRISSIA, 1987, p.38),

De acordo com Castro (2007, p.221) “o desafio que se coloca é: como viabilizar avaliações de desempenho que de fato sejam consideradas instrumentos de gestão do trabalho cujo objetivo é a melhoria da qualidade dos serviços ofertados”.

Sobre esta questão, Thielen (1987, s.p.) ressalta três pontos que merecem análise criteriosa ao se iniciar o processo de avaliação de desempenho:

o primeiro refere-se aos objetivos; para que serve ou o que se deseja ao implantar um sistema de Avaliação de Desempenho; o segundo diz respeito aos avaliadores; a quem compete o poder de julgar? Quem deve ser o responsável? O chefe imediato, o supervisor, o assessor de RH, a equipe do serviço, o avaliado, os usuários ou todos? • finalmente, o terceiro e último trata do instrumental; que deve ser facilitador do processo. (THIELEN, 1987, s.p.).

2.4.5 Descrição e Análise de Cargos

A descrição e análise de cargos deve ser o pilar da área de recursos humanos, haja vista servir como base para as atividades na gestão de pessoas no trabalho. Na prática ela não ocorre ou, quando feita, não guarda o aprimoramento e rigor necessários. Castro (1988, p.182) relata que a descrição de cargos também tem a finalidade de subsidiar a avaliação de desempenho, fornecer informações para

a programação de treinamentos, servir como referência para os atos de movimentação de pessoal e orientar o profissional recém-ingresso na instituição. Assim sendo, conhecer as atribuições e tarefas que compõem cada função e, o que as tornam distintas das demais, é de fundamental importância para se administrar o trabalho na instituição pública ou privada.

2.4.6 Serviços Público e Privado- Seleção, Contratação e Vínculo Empregatício

Segundo Kisil organizações, são representações sociais que possuem objetivos conhecidos (missão, direção), onde atuam pessoas (grupamento social), usando de recursos, incluindo tecnologia, de acordo com certa estrutura e organização para realizar tarefas específicas. (KISIL, 1998, p.23).

Ainda, segundo o mesmo autor as organizações podem ser públicas ou privadas, governamentais e não-governamentais e, podem ser de caráter lucrativo ou não-lucrativo, dependendo de seu interesse comercial.

Como existem variações do tipo de beneficiário e do caráter; governamental ou não-governamental existem processos distintos nesses diversos tipos de organizações.

Para Chiavenato (1985, p.21) na área de recursos humanos, fica evidente essa diversidade dos meios de gestão de recursos humanos nos setores público e privado, ainda que o fim - prover a instituição de trabalhadores que desempenhem o conjunto das atividades da instituição- seja similar.

No setor privado a seleção do funcionário é feita com base em sua capacitação técnica, na análise de suas experiências, e na avaliação do seu perfil para preenchimento da vaga em questão. Nem sempre estes critérios são eficientes ou por falha de processo ou por falha do avaliador. A seleção pode ser tendenciosa ou equivocada na avaliação dos conhecimentos requeridos para a função. (CHIAVENATO, 1985, p.21).

Posteriormente o candidato é submetido a avaliação de sua aptidão para a função, pelo serviço de saúde ocupacional com base em critérios estabelecidos pelo

conhecimento das exigências e exposição ao risco, inerentes a função pleiteada. (CHIAVENATO, 1985, p.22).

A manutenção nesta vaga é feita por avaliações periódicas de superiores imediatos e por indicadores de produtividade e eficiência. Não há estabilidade no emprego, o que, em tese, motiva o indivíduo a aprimorar suas habilidades. (CHIAVENATO, 1985, p.22).

A livre concorrência de mercado atua bilateralmente, podendo tanto motivar a substituição do indivíduo, se julgado a sua inadequação para a função ou pelo menos pela possibilidade de se obter um funcionário mais adequado aos padrões da instituição. Novamente, a crítica fica por conta de que estes critérios podem ser subjetivos e intangíveis, dependendo de quem faça a avaliação ou de outro interesse da instituição, como o corte de pessoal, a redução de despesas ou a substituição do empregado por outro que desempenhe as mesmas atividades por custo menor. (THIELEN, 1987, s.p.).

Já no setor público, a seleção é feita por concursos públicos, que se mais democráticos ao equalizarem os interessados por critérios de competência cognitiva, deixam de avaliar questões fundamentais como a experiência, as habilidades práticas e a vocação para se afinar com o posto de serviço. (CHIAVENATO, 1985, p.22).

A avaliação de desempenho no setor privado também é deficiente, pois a prática mostra que sistemas altamente burocratizados levam a comunicação deficiente e a critérios incompletos de avaliação no sentido qualitativo. Não há uma padronização destes critérios de acompanhamento, ocorrendo avaliação desuniforme. (CHIAVENATO, 1985, p.23).

Segundo Sbrissia:

No setor público, o funcionário possui estabilidade no emprego e a segurança e tranquilidade, proporcionadas pela estabilidade, devem acarretar satisfação, comprometimento e motivação. A mesma estabilidade também suscita o desinteresse por melhorias na sua auto qualificação e progressão. Planos de cargos e salários têm amenizado a princípio esta apatia que possa existir. Não é correto generalizar essa hipótese, mas é fato que o determinante de motivação do funcionário público e sua capacidade de se comprometer com resultados e mudanças na organização, estão muito mais afetadas à sua personalidade e forma de encarar o seu ambiente de trabalho e a sua carreira, bem como as perspectivas que o mesmo possua: seria válido o indivíduo, por conta de

possuir estabilidade, não lutar pela sua própria efetividade? (SBRISSIA, 1987, p.42).

As gestões de recursos humanos no setor público devem se apropriar de critérios do conhecimento e das habilidades específicas por ocasião da seleção e lotação. As funções laborais, as atividades que as compõem, com suas exigências funcionais e fisiológicas, devem estar bem definidas e servirem de base para as ações dos recursos humanos. Deve haver imparcialidade e clareza nos processos de avaliação de desempenho com critérios objetivos que avaliem o cumprimento das metas da instituição.

2.4.7 As Resistências às Mudanças nas Organizações de Saúde

Segundo Malik (1998, p.22) a mudança significa uma transição da área de conforto para a zona do desconhecido, do diferente. Mesmo que o estado inicial possua aspectos negativos, racionalmente necessitados de melhorias, este estado já é conhecido e gera uma tendência à acomodação, pois houve uma adaptação às suas características e os seus efeitos passaram a ser tolerados.

Para Chiavenato (1985, p.12) na perspectiva da mudança consideram-se mais as perdas do sentido e direção, da segurança que o “conhecido” ocasiona, com suas relações, territórios e resultados do que os benefícios propostos pela mudança. Daí surge a resistência que se manifesta de forma velada ou a recusa que se manifesta de forma explícita. Neste sentido Kisil refere que:

A situação inicial pode não ser satisfatória, mas a tendência inercial faz aceitarmos-la como situações apropriadas e a ameaça à expropriação se traduz no sentimento de perda. Quanto mais caracteres forem transportados para a situação nova, menor será a sensação de perda. “As pessoas não temem a mudança, temem a perda.” (KISIL 1998, p.57).

Ao se implantarem mudanças, têm-se que considerar o sentimento de perda e estresse que afetarão os atingidos pelos seus efeitos, enfatizando-se a comunicação e respeitando-se o tempo de adaptação de cada um para assumir a nova realidade. (CASTRO, 1988, p.23).

Para isto não pode haver imposições, mas sim liderança bem conduzida, com incentivo (enaltecendo-se os benefícios e oportunidades que a mudança trará), esclarecimentos (o esclarecimento ameniza o medo do desconhecido) e com acompanhamento e assistência aos resultados de cada fase do processo instalado. (THIELEN, 1987, s.p.).

Para Sbrissia (1987, p.36) a mudança conduzida com clareza e apoio, por parte das chefias, possibilitará a eliminação da recusa, a redução da resistência, conduzindo-se para a vontade de experimentar e a aceitação da nova realidade, o que associado com fatores motivacionais poderá gerar o comprometimento com o novo processo.

A comunicação da mudança deverá ser pessoal, clara, objetiva, verdadeira, humilde, em se reconhecer imperfeições de conhecimento ou de processo, humanizada e bilateral no sentido de sensibilizar-se com os sentimentos e idéias dos envolvidos. (KISIL 1998, p.59).

A acolhida de críticas e sugestões ao processo de mudança e a negociação sobre a gestão do processo de mudança, bem como o reconhecimento pelo simples esforço ou por progressos obtidos, acarretam confiabilidade da equipe, possibilidades de comprometimento e de melhoria ao projeto inicial.

2.5 EXAMES DE SAÚDE OCUPACIONAL- ESO

Segundo item 7.4.1 da Norma Regulamentadora número 7 (NR 7) que trata do Programa de Controle Médico de Saúde Ocupacional- PCMSO estabelecida pela Portaria SSST – Secretaria de Segurança e Saúde do Trabalho nº 24, de 29/12/94 e publicada no Diário Oficial da União - DOU de 30/12/94, é obrigatória a realização dos seguintes exames de saúde ocupacional: admissional, periódico, demissional, retorno ao trabalho e mudança de função. (BRASIL, 2002, s.p.).

Os exames deverão ser realizados por médico do trabalho ou clínico geral, sob supervisão do Coordenador do PCMSO, sendo este obrigatoriamente médico do

trabalho, e devem abranger anamnese ocupacional, exame físico, exame mental e exames complementares de acordo com as funções exercidas. (BRASIL, 2002, s.p.).

Para cada exame médico realizado, o médico emitirá o Atestado de Saúde Ocupacional (ASO), em 2 (duas) vias sendo o destino de cada via:

- Primeira via para Recursos Humanos;
- Segunda via para o funcionário; (BRASIL, 2002, s.p.).

2.5.1 Admissional

É o exame de saúde física⁸ e mental para definir se o candidato tem condições clínicas para cumprir as exigências funcionais e fisiológicas da função pleiteada. Verifica se o candidato reúne perfil biométrico e condições de saúde de executá-la e se assegurar que, em boas condições clínicas, tenha menor possibilidades de vir a sofrer danos à sua saúde ou agravo de algum já existente, no desempenho da função pretendida. (RIO, 1996, p.31).

Visa também obter parâmetros seguros para avaliações posteriores, de que o exercício profissional não tenha acarretado prejuízos à saúde do trabalhador. Em se constatando alguma limitação dentro destes parâmetros, o médico examinador procurará encaminhá-lo para alguma outra função dentro da empresa, onde haja melhor adequação do trabalhador/ trabalho.

2.5.2 Periódico

Visa constatar a adequação do perfil clínico do trabalhador na atividade desempenhada, constatando a inexistência de prejuízos à saúde do mesmo. (BRASIL, 2002, s.p.).

⁸ Avaliadas por exames clínicos e complementares

Se nenhuma anormalidade resultante do trabalho for constatada, o médico limitar-se-á a endossar recomendações e medidas de caráter preventivo, bem como tratar eventuais problemas não relacionados ao trabalho, que possam ser detectados. (BRASIL, 2002, s.p.).

Em se encontrando algum prejuízo atribuível à atividade laboral, o médico tomará providências para interromper este processo, que irão desde orientações e tratamentos, afastamentos temporários, até que se normalizem os indicadores deste agravo, podendo chegar a afastamentos definitivos ou remanejamento de função, com abertura de CAT. (Comunicação de Acidente de Trabalho) e encaminhamento ao órgão previdenciário para estabelecimento de nexos causal, conduta pericial e orientação laboral. (BRASIL, 2002, s.p.).

O exame periódico para as funções sem riscos ocupacionais, será realizado bi anualmente para os trabalhadores maiores de 18 e menores de 45 anos e anualmente para aqueles fora desta faixa etária. Para as funções com riscos, independente de idade os exames serão anuais ou semestrais se o trabalhador for menor de 18 ou maior de 45 anos. (BRASIL, 2002, s.p.).

2.5.3 Mudança de Função

Será realizado sempre antes da mudança, e com os mesmos objetivos do exame periódico. Visa checar o fechamento da função antiga sem danos, e como no exame admissional, visa averiguar a capacidade para a nova função que tenha natureza de risco diferente. (BRASIL, 2002, s.p.).

Em havendo alguma situação de anormalidade, tomar-se-ão medidas semelhantes às aquelas do periódico, ou não havendo condições para o desempenho na outra função, o trabalhador será mantido na atual. (GROCHOCKI, 2006, p. 27).

2.5.4 Retorno ao Trabalho

Realizado após 30 dias ou mais de afastamento do trabalho por motivo de acidente ou doença, relacionados ou não ao trabalho, inclusive após a licença gestação. (BRASIL, 2002, s.p.).

É realizado no primeiro dia de retorno ao trabalho, preferencialmente antes do início das atividades laborais. Visa checar a resolução do motivo de afastamento, bem como a capacidade laboral para o retorno àquela função. Em sendo encontrado algum resquício que o incapacite para o retorno à atividade, o médico o encaminhará para nova avaliação pericial ou tentará enquadrá-lo em alguma atividade compatível com o seu estado atual. (BRASIL, 2002, s.p.).

2.5.5 Demissional

Para as funções sem riscos, poderá ser realizado até dentro dos 90 dias que antecedem o efetivo desligamento, devendo, preferencialmente ser realizado após o término de exposição aos riscos ou no encerramento do vínculo empregatício. (BRASIL, 2002, s.p.).

O ESO demissional visa constatar e documentar que ao término do desempenho profissional, o trabalhador não apresenta danos à sua saúde que possam ter sido ocasionados pelo trabalho, bem como aferir a capacidade laboral para a função habitual deste vínculo. (BRASIL, 2002, s.p.).

Em havendo alguma constatação neste sentido, tal qual no periódico, o médico suspenderá a demissão tomando as medidas necessárias, inclusive encaminhando para o INSS se não houver capacidade laboral para o trabalho, para somente após a normalização da situação detectada, poder se efetivar o ESO demissional. (BRASIL, 2002, s.p.).

A correlação das limitações da capacidade laboral e as restrições de atividades – é a diminuição das condições ótimas de produzir uma atividade. Um

quadro clínico qualquer, em determinada fase de sua evolução, acarreta alterações do homeostase de seu organismo, acarretando sintomas diversos causadores de dor ou desconforto ou disfunção. Esta situação clínica trará prejuízo ao desempenho fisiológico e funcional de se manter e de produzir entendida aqui como a limitação das condições de realizar determinadas atividades.

2.6 FUNÇÃO E CAPACIDADE LABORAL-CRITÉRIOS DE AVALIAÇÃO

Os critérios de avaliação da capacidade laboral variam conforme o referencial da instituição, pois mesmo para o mesmo serviço, as expectativas em relação ao desempenho do trabalhador são diferentes. (RIO, 1996, p17).

2.6.1 Função Laboral

Uma função é o conjunto fechado de atribuições laborais inerentes ao desempenho de um cargo profissional, com fins de executar um trabalho específico. Assim uma função é composta por diversas atividades (ações exercíveis de forma independente e que em conjunto compõem um produto.

Cada atividade encerra um conjunto de requisitos de funcionamento para haver o cumprimento do que lhe era esperado- são as exigências funcionais específicas da atividade e segmentariamente da função em questão. (RIO, 1996, p.31)

Por sua vez, para uma exigência funcional são requeridos o funcionamento orgânico adequado que faculte a realização da atividade funcional. São as exigências fisiológicas.

2.6.2 Capacidade Laboral

A capacidade laboral pode ser definida como o conjunto de condições físicas e psíquicas para realizar e realizar com eficiência/ eficácia determinada tarefa. “Capacidade é ter a estrutura orgânica e fisiológica para desempenhar determinada ação” (FERREIRA, 2006, P.207). Já aptidão é definida como, em um determinado momento, reunir condições de saúde para desempenhar determinada atividade. (RIO, 1996, p.31)

O indivíduo pode estar apto para uma determinada função, por reunir condições clínicas que permitem que ele, de forma geral, venha a realizar as tarefas inerentes a sua função específica. Mas, poderá estar inapto para outra função, que encerre tipos diferentes de riscos ocupacionais e exigências laborais. Segue-se como exemplo, o indivíduo que é considerado apto para ser servente de pedreiro, mas está inapto para ser pedreiro, que exige trabalhos em altura, por apresentar problemas de convulsão.

Para exemplificar a relação entre capacidade e aptidão laborais, cita-se o coletor de resíduos domiciliares, o qual está apto para esta função, por reunir condições orgânicas para tal, mas que temporariamente está incapacitado para correr e transpor níveis, por ter sofrido uma contusão em uma das pernas.

Segundo Rio (1996, p.34) a capacidade laboral depende da integridade e saúde, do bem-estar e conforto, além da capacitância e condições laborais oferecidas ao trabalhador. No setor privado a segurança do trabalho e a saúde ocupacional são normatizadas por Normas Regulamentadoras. No que pese o setor público seguir parâmetros similares, ele não está submetido especificamente às mesmas normatizações que regem o setor privado. (KISIL, 1996, P.32)

O setor privado está obrigado a realizar exame de retorno ao trabalho, após o trabalhador ter permanecido trinta dias ou mais afastado do trabalho por motivos de saúde, fato que já não ocorre no setor público.

2.7 GESTÃO E PRODUTO NA ÁREA DE SAÚDE

A gestão na área de saúde é o conjunto de processos administrativos que visam o alcance das metas e cumprimento dos objetivos de uma entidade de saúde. Ela pode se referir desde uma unidade de saúde ou um ambulatório, até a um ministério ou a uma organização com abrangência internacional. Compreende desde a fase de diagnóstico situacional da entidade que está sendo gestada, fases de planejamentos, tomadas de decisões, treinamentos e ações, até a aferição dos resultados com as correções necessárias aos seus fins. (PUCCINI, 2004, p.31)

Segundo Malik (1998, p.17) à gestão da área de saúde merece um tratamento especial, pois possui características organizacionais específicas, como a dificuldade de se definir e se medir saídas, de se controlar a demanda ou o horário em que ela ocorre.

Puccini, a respeito da gestão específica de saúde no setor público, afirma que: “os modelos gerenciais decorrentes da Teoria da Gestão pela Qualidade Total estão sendo transpostos de forma acrítica para o setor público, buscando uma racionalidade técnica que tem em vista cumprir metas e objetivos organizacionais” (PUCCINI 2004, p.32).

Por outro lado, segundo Malik, a área de gestão de recursos humanos para a saúde é corporativa porque a unidade organizacional responsável pelas pessoas da organização assume as suas defesas, ao entenderem que estas pessoas não são suficientemente valorizadas. (MALIK, 1998, p.18).

A gestão de recursos humanos no setor público deve personalizar os modelos gerenciais implantados, adequando-os à realidade do setor, e buscar minimizar os efeitos do corporativismo a fim de não prejudicar o desempenho com profissionalismo da unidade organizacional.

Já, o trabalho em saúde é essencial, mas não tem como resultado um produto material mensurável. Segundo Pires “o produto final do trabalho em saúde é a própria prestação da assistência de saúde que é produzida no mesmo momento em que é consumida.” (PIRES, 2000).

Esta assistência é prestada por funcionários que necessitam associar a versatilidade da pluralidade do serviço com o suprimento do déficit em seu preparo profissional. Segundo Pires (2000) as funções do setor de saúde têm multiplicidade e heterogeneidade de atividades que as compõem, onde os procedimentos podem ser feitos pela mesma pessoa, em tempos muito próximos, mas, exceto por ser parte de um mesmo processo têm pouco em comum, envolvendo diferentes capacitações para realizá-los.

O conhecimento especializado está longe de ser privilegiado nas organizações de saúde, principalmente no setor público. A consequência disso é clara: quanto menos importante é considerada a atividade menos qualificadas serão as pessoas que trabalham nesse departamento e menos adequado o trabalho ali realizado, tornando-o o objeto mais freqüente de reclamações. (MALIK², 1997)

2.7.1 Hospital Público Especializado no Atendimento de Pacientes Crônicos

Segundo Pires (1999, p.27) “o trabalho realizado nos hospitais é coletivo com atividades destinadas a atingir o produto final que é a assistência ao paciente”.

O hospital congrega diversos profissionais, divididos em dois grupos: os que possuem contato direto com os pacientes e aqueles que exercem atividades de apoio, administrativas ou operacionais. As categorias de profissionais em contato com o paciente são os profissionais da enfermagem, médicos, dentista, fisioterapeuta, assistente social, nutricionista, psicólogo, terapeuta ocupacional, além destes, sem contato estrito, mas em contato de apoio, encontram-se arrumadeiras e faxineiras (que podem ser terceirizados) farmacêuticos e bioquímicos e técnicos de radiologia e motoristas.

Essa equipe divide o trabalho, seja através da prestação de cuidados integrais, cujas atividades são ampliadas e possibilitam uma visão mais global das necessidades dos pacientes ou de cuidados funcionais, que são desenvolvidos por tarefas de acordo com os níveis de complexidade e de competência profissional. (NEUMANN, 2007)

O hospital é local insalubre, pois nele se concentra possibilidades de transmissão de doenças, agravado pelo fato de que os cuidadores mantêm íntimo contato com as fontes de infecção ao realizarem os cuidados a um paciente. Por outro lado é local penoso, já que a maioria dos seus usuários se depara com situações de dor e desconforto, quando não de situações de desesperança ou morte sendo considerado como um local privilegiado para o adoecimento dos que ali trabalham (PITTA, 2003).

Um hospital público especializado em atendimento a pacientes crônicos apresenta peculiaridades em relação aos demais locais de atendimento de saúde. Local, muitas vezes comparado a um asilo, abriga pacientes que possuem quadros clínicos de longa duração, algumas vezes com fases de agudização. (PIRES, 1999).

No aspecto social, existem, neste tipo de hospital, muitos doentes abandonados pela família e sem perspectivas de reinserção na sociedade. Muitos destes pacientes perderam a cidadania, não se reconhecem como indivíduos a exigir e oferecer para a comunidade.

Esta situação é vista com naturalidade pelo paciente crônico, até mesmo porque, para quem não possui mais a expectativa de sair dali, aquele passa a ser, não só o seu lar, como o seu mundo, onde a sua família são os demais pacientes e os funcionários do hospital. Suas relações com o exterior são tidas apenas de maneira impalpável pela televisão, rádio e jornais ou revistas.

Nos hospitais para pacientes crônicos existem pacientes que são autônomos em seus cuidados básicos, os que necessitam de ajuda parcial para realizarem suas atividades de manutenção (higiene, alimentação, locomoção) e os que possuem dependência completa para suas atividades essenciais, além de todos necessitarem dos cuidados como administração de medicamentos, curativos e procedimentos diagnósticos e terapêuticos. (NEUMANN, 2007).

2.7.2 Funcionamento das Equipes de Enfermagem

O trabalho na área de saúde é realizado sempre em equipes, mesmo que se trate de um atendimento individual. Esta equipe possui objetivos comuns e apesar de haver um líder para a obtenção do resultado, todos se sentem participativos nesta operação. Respeitadas as formações técnicas e as hierarquias inerentes a qualquer organização, o objetivo nobre e a aspiração por um resultado que será atribuído ao grupo, facilitam a agregação dos participantes desta equipe, e não é diferente nas equipes de enfermagem. (REGIS FILHO, 1996).

Por outro lado, fica implícito a noção que cada componente da equipe de enfermagem possui da necessidade de ajudar e ser ajudado, pois a relação de troca de conhecimentos, informações e operações de auxílio ao colega são bilatérias. (JACOB, 1996).

É neste contexto que surge a lealdade entre os componentes da equipe e destes para com a atividade que desempenham ou para com a sua profissão. Isso se torna evidente quando se observam comportamentos característicos das categorias que prestam serviços de saúde, como pactos de solidariedade e tolerância, com repúdio às hostilidades, principalmente entre componentes da mesma categoria, acobertamento à práticas facilitadoras entre o grupo (cobertura de ausências, por exemplo) e luta por interesses de conforto e promoção de toda a equipe. (JACOB, 1996).

Todo este sentimento de equipe prevalece sobre o comprometimento com a instituição e até para com o usuário. Por outro lado, segundo Malik (1998) o surgimento de interesses distintos, faz surgir o conflito e a percepção da luta por um objeto comum, que se tido como indivisível, faz surgir a concorrência. Assim sendo existem exceções a este comportamento, onde o corporativismo intenso e a rivalidade extrema, dentro das equipes, entre pares ou em relações verticais, influenciam negativamente o espírito de equipe original, cabendo novamente ao superior imediato fazer a gestão, se não das percepções individuais, ao menos pela colocação de regras claras e imparciais que nortearão o clima organizacional da equipe. (REGIS FILHO, 1996).

2.7.3 As Necessidades do Paciente Crônico e o Auxiliar de Enfermagem

As atividades laborais de enfermagem num hospital que cuida de pacientes crônicos e na maioria incapacitados para deambular e se proverem de cuidados básicos, como higiene e alimentação, implica na realização de trabalhos que vão além da administração de medicamentos, procedimentos de controles de dados vitais, gerenciamento de atividades de cuidados com a sua saúde. Pressupõe atividades que exigem o manuseio do paciente, envolvendo a realização de esforços físicos e atividades braçais. (PITTA, 1996, p.35-60).

Há necessidade de prover estes pacientes em suas necessidades básicas realizando esforços diversos para mobilizá-los no leito, retirá-los do leito, locomovê-los para as suas atividades de exames e fisioterapias, ao refeitório e áreas de lazer e prestar-lhes cuidados de higiene. (SEBASTIANI, 2002).

3. METODOLOGIA DA PESQUISA

O caminho para investigar a importância e viabilidade de se implantar o Programa de Adequação Laboral foi um estudo de campo através de uma pesquisa qualitativa- descritiva.

Analizados critérios para constatar a sua relevância social, constatou-se a pouca exploração do tema, no seu âmbito específico. Decidiu-se pela realização desta pesquisa, visando a produção de conhecimento para o cunho aplicativo na área de recursos humanos, buscando o caráter científico e metodológico na obtenção de dados e informações que embasassem o referido programa.

3.1 QUANTO À NATUREZA

A pesquisa foi de natureza qualitativa, pois não houve a preocupação em mensurar os dados coletados e sim em saber as opiniões dos envolvidos - auxiliares de enfermagem e chefias de enfermagem- sobre a proposta de implantação de um programa de adequação laboral. Considerou-se a relação dinâmica entre o mundo real - o ambiente de trabalho, os dados do absenteísmo, e o sujeito - o auxiliar de enfermagem, com as suas percepções sobre o programa.

3.2 QUANTO AO TIPO

Trata-se de uma pesquisa descritiva. Segundo Gil (2009, p.56) “a pesquisa descritiva procura descobrir e observar fenômenos, conhecendo a natureza, a composição e os processos que o constituem ou se realizam neste. Para isto, descreve, classifica e interpreta os fenômenos”. Nesta pesquisa foi formulado o problema (sobrecarga para a equipe de trabalho em função do absenteísmo-doença

e restrições laborais para o convalescente) e construiu-se hipótese para sua solução (uma função laboral pode ser decomposta em atividades conforme o grau de exigências desta).

3.3 QUANTO AOS PROCEDIMENTOS

O procedimento da pesquisa foi o estudo de campo. Segundo Gil (2009, p.51), “o estudo de campo constitui o modelo clássico de investigação no campo da Antropologia, onde se originou”. Atualmente é usado em outras áreas: sociologia, educação, saúde e administração.

O estudo de campo focaliza uma comunidade, que não é necessariamente geográfica. A pesquisa é desenvolvida por meio da observação direta das atividades do grupo estudado e entrevistas com informantes para captar explicações e interpretações do que ocorre no grupo. (GIL, 2009, p.51).

A pesquisa compreendeu três fases:

3.3.1 Análise dos Dados de Absenteísmo

Foram levantados os atestados médicos referentes ao ano civil de 2008 arquivados no departamento de pessoal (DP) do hospital pesquisado. Separaram-se os atestados relativos à função de auxiliares de enfermagem através da listagem de funcionários do hospital contendo a função dos funcionários. Através da codificação dos atestados pelo Código Internacional de Doenças (CID) dividiram-se os atestados em dois grupos: as doenças agudas⁹ e as doenças crônicas¹⁰. Estes dados foram

⁹ Aquelas que, independente de suas gravidades ou seqüelas, não apresentam antecedentes e tendem a cura ou a uma complicação, possuindo geralmente um período definido e breve de seus cursos (GARBOGGINI, 1980, p. 449).

¹⁰ Aquelas que possuem pródromos e evoluem em fases e ciclos com curso de duração indeterminada sendo passível de controle, mas não de debelação (GARBOGGINI, 1980, p. 449).

tabulados em uma planilha, agrupando-se os atestados de cada funcionário, coletando-se os dados de número de atestados, número de dias de cada atestado, somatório de atestados por funcionário e por doença de cada funcionário, somatório de atestados por mesmo tipo de doença para todos os funcionários. Com esses dados tabulados procedeu-se a análise dos dados de absenteísmo.

3.3.2 Observações das Atividades Laborais

Foram realizadas observações diretas dos funcionários auxiliares de enfermagem no desempenho normal de suas atividades por cinco dias, sendo:

- primeiro dia: ala masculina, turno diurno (horário de observação: das 7h30 às 11h30);
- segundo dia: ala masculina, turno diurno (horário de observação: das 12h20 às 17h40);
- terceiro dia: ala feminina, turno diurno (horário de observação: das 07 horas às 10h30);
- quarto dia: ala feminina, turno diurno (horário de observação: das 12horas às 17horas);
- quinto dia: ala masculina e feminina, turno noturno (horário de observação: das 20 horas às 23 horas).

Nesta observação não houve interferência nas atividades com questionamentos ou diálogos aos funcionários, limitando-se a explicar-lhes o motivo da pesquisa e orientando-lhes que as realizassem como habitualmente as faziam. Estas atividades foram anotadas segundo a sua finalidade e duração, atentando-se sempre para as exigências que estas atividades demandavam. Os resultados foram registrados em quadros de atividades e exigências (QUADROS 5 a 8) os quais servem de parâmetro para se agrupar as exigências funcionais e fisiológicas das atividades (QUADROS 9 A 12).

3.3.3 Respostas aos Questionários

Os questionários visaram esclarecer o perfil dos funcionários, suas percepções sobre o absenteísmo sobre e suas perspectivas em relação a implantação do programa, abrangendo dois grupos: as chefias de enfermagem e os auxiliares de enfermagem. O instrumento para coleta das informações nos questionários foi a escala de Likert, pois haviam graus de intensidade nas respostas, associados com perguntas fechadas.

3.4 QUANTO AOS RESULTADOS

Os dados da observação foram tabulados e descritos em quadro de função, com a sua finalidade, suas atividades ou atos laborais. E quanto aos questionários os dados foram tabulados, segundo os objetivos da pesquisa, para serem analisados de forma qualitativa e interpretados através de gráficos.

3.5 QUANTO A DELIMITAÇÃO

Foram delimitados para este estudo:

- a função auxiliar de enfermagem
- de um hospital publico estadual para atendimentos a pacientes crônicos, oportunizando a observação e resposta ao questionário
- para todo o universo de auxiliares de ,enfermagem lotados no hospital estudado
- limitando a análise do absenteísmo a um período de 12 meses, (01 / 01 / 08 a 31 / 12 / 08).

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

A coleta de dados desta pesquisa foi feita através de questionários com perguntas fechadas e utilizando-se a escala de Likert nas questões que avaliavam opiniões dos respondentes. Os resultados tabulados são apresentados em valores absolutos, ou na forma de gráficos acompanhados de discussão.

4.1 ANÁLISE DOS RESULTADOS DA PESQUISA

O hospital pesquisado possui cinco enfermeiras chefiando as equipes de enfermagem que se destinam aos cuidados dos pacientes distribuídos em três alas de internação. As alas possuem número variável de pacientes conforme a demanda de internamento. O número de pacientes internados varia durante o ano de 45 a 80 pacientes, sendo uma ala destinada a internação feminina e duas alas para pacientes masculinos. Duas alas (uma masculina e uma feminina) possuem capacidade para 30 pacientes, e a outra ala masculina possui capacidade para 20 pacientes. O hospital não presta atendimento ambulatorial ou de urgência e emergência, não possui centro cirúrgico em atividade, nem Unidade de Terapia Intensiva (UTI), e destina-se ao atendimento de pacientes com doenças crônicas. Uma das incumbências das chefias de enfermagem é solucionar problemas na prestação do serviço surgidos por ausências ou absenteísmo.

As equipes de enfermagem constituem-se de auxiliares e técnicos de enfermagem. As duas categorias desempenham atividades idênticas e possuem salários independentes de sua formação, uma vez que o plano de cargos e salários, a que estão sujeitos, não contempla esta diferença de formação, mas sim outros critérios como tempo de trabalho e cursos de extensão realizados. Para efeitos didáticos as duas categorias são denominadas neste estudo de auxiliares de enfermagem. Os auxiliares de enfermagem se distribuem em dois turnos: diurno, com horário das 7 às 19 horas; e noturno, com horário das 19 às 7 horas. As equipes trabalham no sistema de plantões de 12 horas com folga de 36 horas. As equipes diurnas possuem em média cinco funcionários para cada ala. As principais

atividades destes profissionais são os cuidados básicos ao paciente internado, de higiene, alimentação, conforto, tomada de dados vitais, ministração de medicamentos, destacando-se a realização de curativos complexos que demandam habilidade específica e tempo médio de 20 minutos para a sua realização, exigindo a presença de 2 profissionais para esta atividade.

4.1.1 Dados e Repostas dos Questionários das Chefias de Enfermagem

As cinco enfermeiras chefes trabalham no turno diurno, por oito horas de segunda a sexta-feira, realizando plantões em um fim de semana por mês e feriados que são estabelecidos em escala de rodízio. Elas são do sexo feminino, sendo uma maior de 50 anos e 4 enfermeiras com a idade entre 25 e 50 anos (QUADRO 3). A maioria (80%) trabalha há mais de 5 anos no hospital (GRÁFICO 1).

Maior que 50 anos	1
25 a 50 anos	4
Menor que 25 anos	0

QUADRO 3- IDADE DAS CHEFIAS DE ENFERMAGEM
FONTE: O autor (2009)

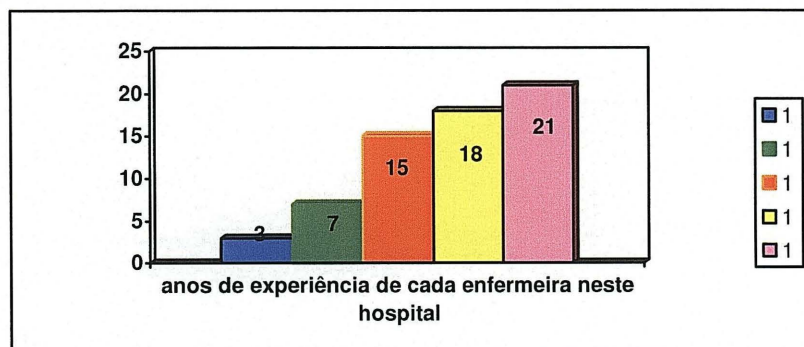


GRÁFICO 1 - EXPERIÊNCIA DE TRABALHO
FONTE: O autor (2009)

Em relação a experiência de trabalho em outros locais (GRÁFICO 2) constata-se que uma enfermeira sempre trabalhou apenas neste hospital; três

enfermeiras atualmente trabalham apenas neste hospital, mas já trabalharam em outros hospitais; e uma enfermeira atualmente trabalha neste e em outro hospital. Conclui-se que 80% das enfermeiras chefas possuem referencial para comparar as situações de seus subordinados com funcionários de outros hospitais.

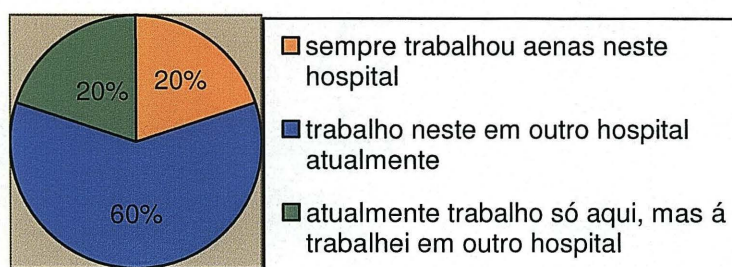


GRÁFICO 2 - EXPERIÊNCIA COM OUTROS SERVIÇOS
FONTE O autor (2009)

Para as perguntas referentes ao absenteísmo, explicou-se que a intenção era obter a percepção das respondentes do questionário sobre o impacto do absenteísmo no hospital pesquisado, usando-se como referenciais outros serviços de saúde nos quais os participantes tivessem vivência. Para tal, as respondentes deveriam considerar o produto (atendimento ao paciente): se era eficaz (atingia o resultado esperado) e qual o custo para esta eficácia diante da ocorrência de ausências e do absenteísmo.

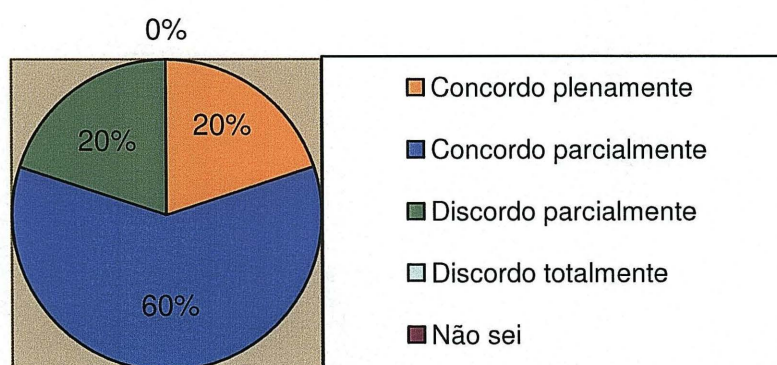


GRÁFICO 3 – OPINIÃO DAS CHEFIAS SOBRE O IMPACTO DO ABSENTEÍSMO
FONTE: O autor (2009)

NOTA: afirmação para a qual se solicitou a opinião das enfermeiras chefes: “o absenteísmo neste hospital, quando comparado a outros serviços, é mais impactante na eficácia das equipes de enfermagem.

Para orientar estas perguntas foram definidas as modalidades de ausência ao trabalho (QUADRO 4). A opinião de todas as chefas de enfermagem é de que as ausências e absenteísmo neste hospital são elevados. Pela subjetividade da

questão, sugeriu-se um parâmetro para se considerar “elevado” (de cada 100 horas que deveriam ser trabalhadas 20% ou mais são perdidas por ausência (exceto as naturais) ou absenteísmo, haja vista a intenção do questionamento ser a obtenção da percepção das chefias diante do impacto do absenteísmo.

Ausências	Ausência natural ao local de trabalho	Intervalo de folga entre plantões ou ausência da escala, férias	Substituições previsíveis
	Licenças concedidas	Licença prêmio, para estudo, para candidaturas a cargos públicos	
	Licenças para cumprimento de dever legal	comparecimento a juízo, confecção de documentos, para alistamento militar, participação de mesas eleitorais, prestação de serviços em sindicatos	
	Licenças compensáveis	trocas de plantões e compensações de horário	
Absenteísmo justificável	Licenças por eventos naturais	Licença maternidade/ paternidade, licença gala, licença nojo	Substituições inicialmente não planejadas
	Licenças para acompanhamento de familiar	Licenças para cuidados a familiares diretos (filho menor, cônjuge, pais) doentes	
	Licenças por motivos de saúde - eletivas	Aquelas em que o procedimento médico é eletivo (consultas, exames, procedimentos em que o horário de atendimento é agendado)	Substituições previsíveis
	Licenças por motivos de doença-emergências	Aquelas em que o procedimento médico é urgente, logo não passível de agendamento	Substituições inicialmente não planejadas
	Ausências por motivos de força maior	Ocorrência de calamidades, greves de transporte público e outros impedimentos coletivos	
Absenteísmo não justificável	Faltas injustificadas	Aquelas em que não são apresentados documentos referentes ao motivo da ausência	
	Ausências por advertência e suspensão	Ausência ao trabalho por punição	
	Greves	Ausência coletiva	

QUADRO 4 MODALIDADES DE AUSÊNCIA AO TRABALHO

FONTE: O autor (2009)

NOTA: para efeitos desta classificação, considera-se “ausência” como “a condição de não se estar presente” (FERREIRA, 2006, p.), abrangendo, além das licenças e faltas, as ausências naturais ao trabalho, ou seja, os períodos em que naturalmente não se está presente por intervalos entre as jornadas, os repouso semanais, as folgas, as férias ou simplesmente a não escalação para os horários de trabalho. Incluiu-se neste quadro as ausências naturais, com a finalidade didática de, por exclusão, verificar-se os períodos em que o funcionário deve ser computado na escala de trabalho.

O objetivo desta parte da pesquisa é avaliar parâmetros para a utilidade do programa, entendendo-se que se o absenteísmo é impactante, é útil a tentativa de minimizar os seus efeitos através da implantação deste programa. Em relação ao gerenciamento das ausências (GRÁFICO 4), 60% das chefias de enfermagem

relatam que as ausências ao serviço não são avisadas em tempo hábil para se providenciar uma substituição. Como informação complementar, as chefias esclareceram, que a maioria (mais de 80% das faltas) são avisadas, mas quando já não é possível, providenciar alguma reposição de funcionários.

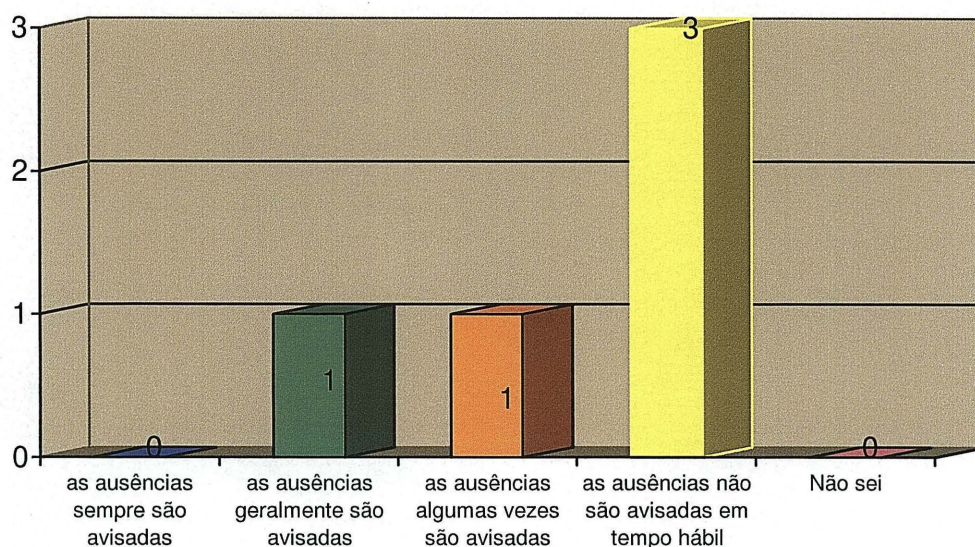


GRÁFICO 4 - AVISOS SOBRE AS AUSÊNCIAS EM TEMPO HÁBIL

FONTE: O autor (2009)

NOTA: afirmação para a qual se solicitou a opinião das enfermeiras chefes: “as ausências ao trabalho não são avisadas em tempo hábil”

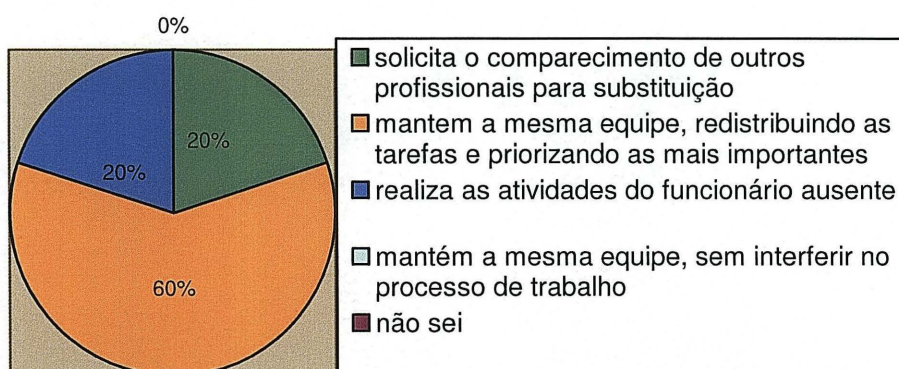


GRÁFICO 5 - PROVIDÊNCIAS DA CHEFIA AO CONSTATREM AS AUSÊNCIAS

FONTE O autor (2009)

NOTA: afirmação para a qual se solicitou a opinião das enfermeiras chefes: “Quando as ausências são avisadas, como você procede?”

As cinco enfermeiras respondentes são unânimes ao referirem que a falta ao trabalho poderia ter suas consequências amenizadas caso o faltoso avisasse em tempo hábil (mais que 12 horas anteriores ao início do plantão) de que faltaria ao trabalho, tempo necessário para se providenciar uma substituição. Em relação às

providências para gerenciarem o absenteísmo (GRÁFICO 5), a maioria (60%) das chefias, mantém a mesma equipe, redistribuindo as atividades entre os componentes presentes da equipe.

Referente aos efeitos do absenteísmo (GRÁFICO 6), a totalidade das chefias considera o absenteísmo impactante, pois reconhece que o atendimento fica deficitário e a equipe presente ao trabalho refere-se sobrecarregada para cumprir o mesmo resultado. Este efeito é minimizado, porque a própria chefe auxilia nos trabalhos dos auxiliares de enfermagem ou porque os colegas se sobrecarregam ao realizarem as atividades dos faltosos.

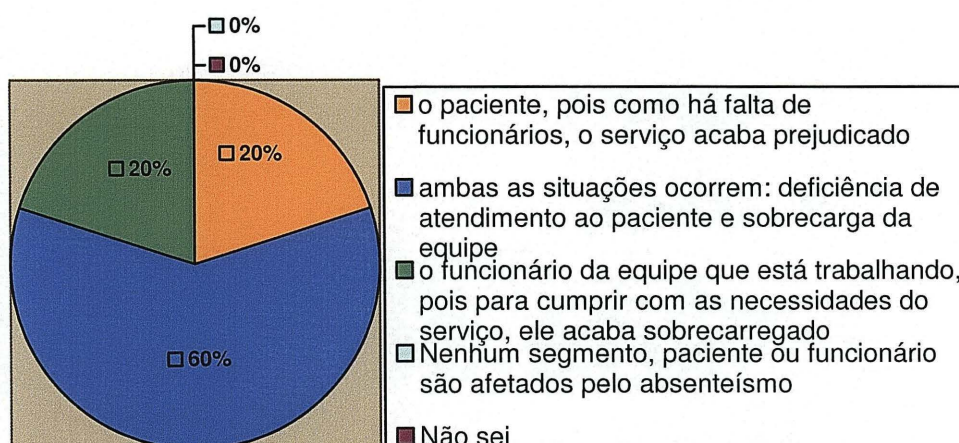


GRÁFICO 6 - EFEITOS DO ABSENTEÍSMO 2
FONTE: O autor (2009)



GRÁFICO 7 – DIMENSIONAMENTO DAS EQUIPES
FONTE O autor (2009)

NOTA: afirmação para a qual se solicitou a opinião das enfermeiras chefes: “Você considera que o dimensionamento das equipes de auxiliar de enfermagem?”

A maioria (60%) das enfermeiras-chefes considera que há insuficiente número de funcionários para atender as demandas do serviço e que as equipes de enfermagem já trabalham num regime habitual de sobrecarga (GRÁFICO 7)

tornando mais impactante o absenteísmo. Em informação complementar, foi referido que muitas vagas são deixadas “em aberto”, pois quando um funcionário se aposenta, morre ou é transferido, não há substituição a curto e médio prazo, devendo-se esperar pelo preenchimento desta vaga através de concurso, fato que não ocorre há mais de sete anos. (informação de março de 2009).

Em relação à percepção da motivação da equipe (GRÁFICO 8), as chefias consideram que 80% de seus funcionários são desmotivados, mas que mesmo assim, 60% submetem-se a suprir as deficiências ocasionadas pelo absenteísmo.

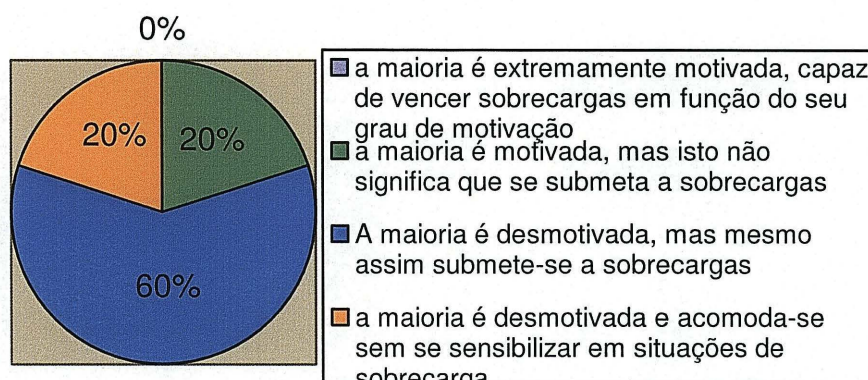


GRÁFICO 8 - MOTIVAÇÃO DOS FUNCIONÁRIOS
FONTE O autor (2009)

NOTA: a afirmação para a qual se solicitou a opinião das enfermeiras chefes: “Você considera que a maioria dos funcionários, (baseando-se em mais de 50% dos funcionários da equipe) é motivada com o trabalho?”

Referente à compreensão do programa pelas chefias (GRÁFICO 9) a totalidade das chefias entendeu o programa, mesmo tendo algumas dúvidas a serem sanadas: O programa é simples em sua concepção, o que facilitaria a sua implantação.

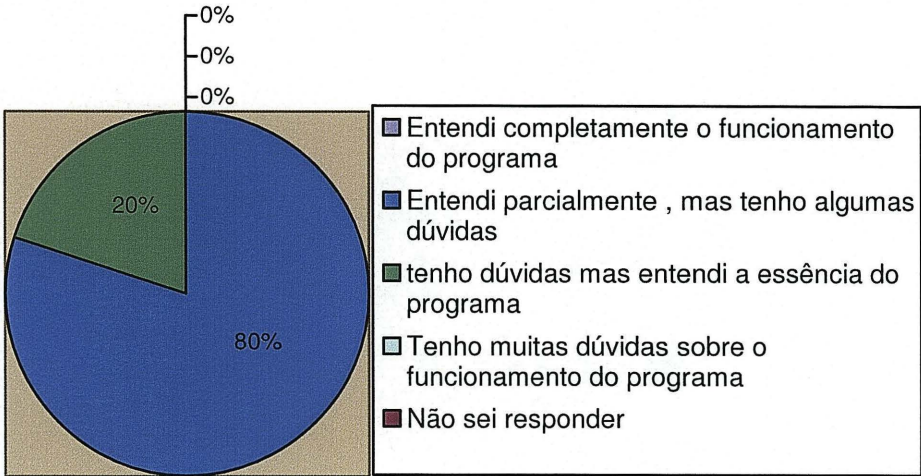


GRÁFICO 9 - COMPREENSÃO SOBRE O PROGRAMA
FONTE O autor (2009)
NOTA: a afirmação para a qual se solicitou a opinião das enfermeiras chefes: “você entendeu como funcionaria este programa?”

Quanto a percepção da utilidade do programa proposto (GRÁFICO 10), a maioria (60%) das chefias, apesar de entenderem de que não haveria uma predisposição por parte dos funcionários, entende que o programa traria benefícios.

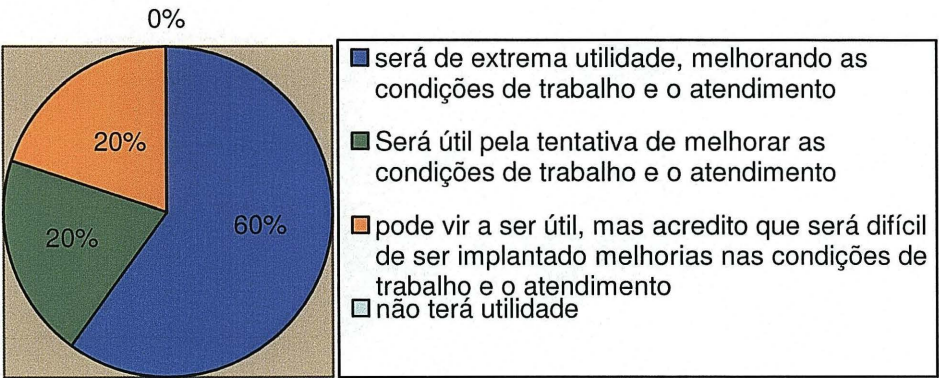


GRÁFICO 10 - PERCEPÇÃO DA UTILIDADE DO PROGRAMA
FONTE O autor (2009)

Em relação a percepção das chefias quanto à aceitação da implantação do programa (GRÁFICO 11): as chefias de enfermagem entendem que em algum nível de administração haveria resistências à implantação do programa. Esta resposta está consoante à percepção das chefias de que pressupõem resistências às mudanças dentro da instituição pesquisada.

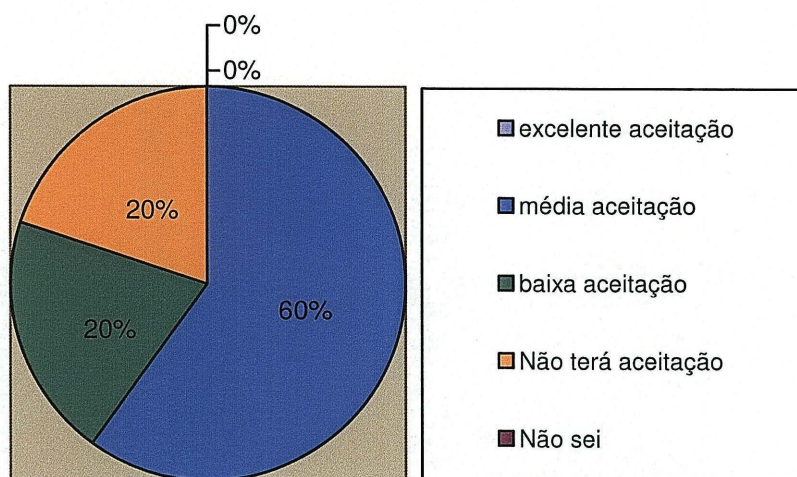


GRÁFICO 11 - ACEITAÇÃO DO PROGRAMA

FONTE O autor (2009)

NOTA: aqui foi explanado, que se trata de aceitação geral, desde a Secretaria de Saúde, direção do hospital e órgão de RH

Em relação às dificuldades operacionais (GRÁFICO 12): apesar das chefias terem entendido e achado útil o programa, a maioria entende que haveria dificuldades de operacionalizar o mesmo.

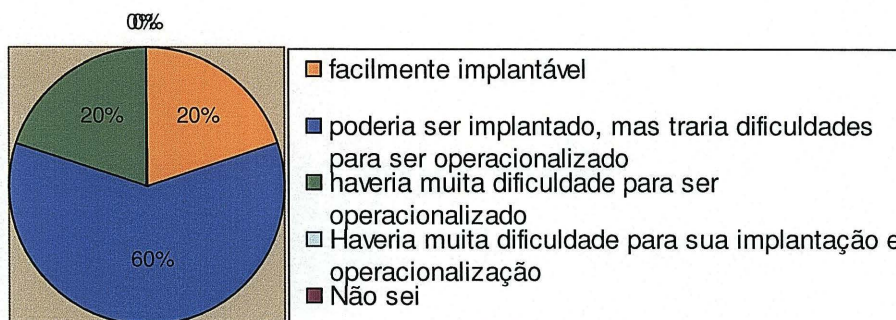


GRÁFICO 12 - DIFICULDADES PARA SE INSTALR O PROGRAMA

FONTE o autor (2009)

NOTA: afirmação para a qual se solicitou a opinião das enfermeiras chefes: " como você considera que seria a implantação deste programa"

Este dado, a princípio, corrobora com a hipótese das chefias de que há resistência às mudanças em todos os níveis de funcionários, dentro da instituição pesquisada.

4.1.2 Dados e Repostas dos Questionários dos Auxiliares de Enfermagem

Os auxiliares de enfermagem, objeto deste estudo, são 65 funcionários. Nesta pesquisa dois recusaram-se a preencher os questionários, dois encontravam-se em licença médica ou licença prêmio nos dois meses em que os questionários foram disponibilizados. Uma resposta ao questionário foi desconsiderada por possuir mais da metade dos itens não respondidos.

A pesquisa atingiu 60 dos 65 funcionários auxiliares de enfermagem (GRÁFICO 13), e os dados em percentuais demonstrados nos gráficos referem-se ao universo dos respondentes, ou seja, a 92,3% do total de auxiliares de enfermagem.

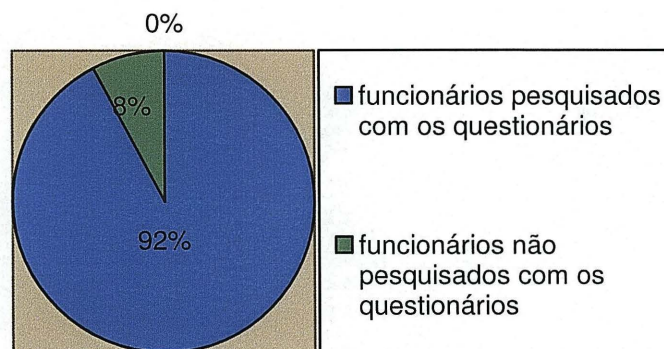


GRÁFICO 13 – PARTICIPANTES DA PESQUISA
FONTE: O autor (2009)

Os dados pessoais dos auxiliares de enfermagem demonstram-se a seguir (GRÁFICOS 14 a 21):

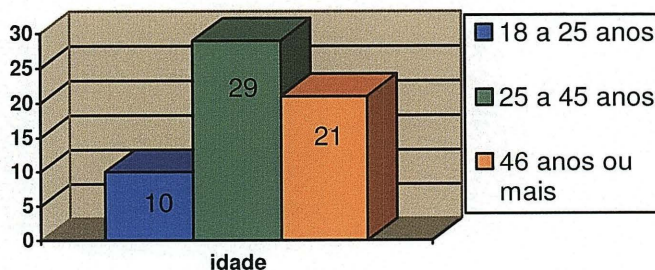


GRÁFICO 14 - IDADE
FONTE: autor (2009)

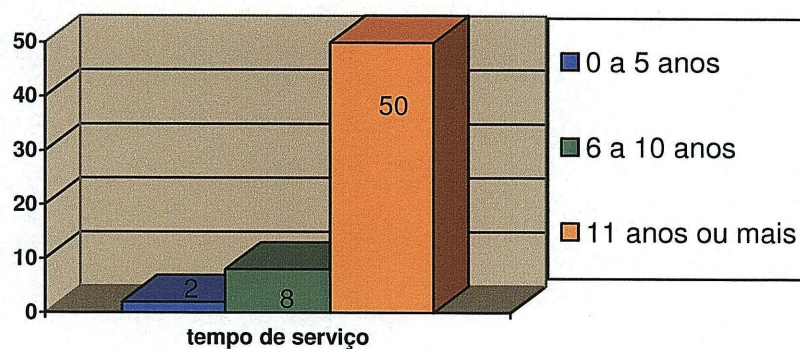


GRÁFICO 15 - TEMPO DE SERVIÇO NESTE HOSPITAL
 FONTE: autor (2009)

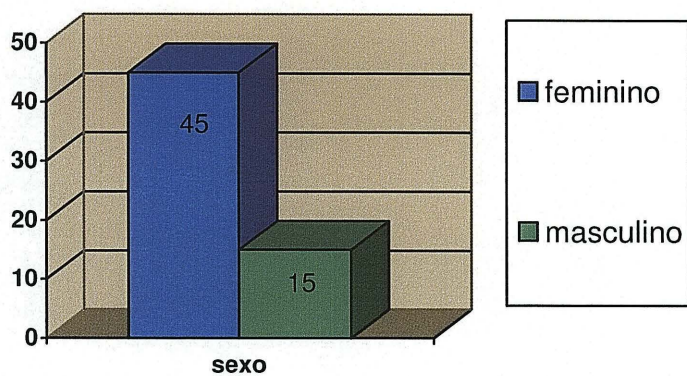


GRÁFICO 16 - SEXO
 FONTE: autor (2009)

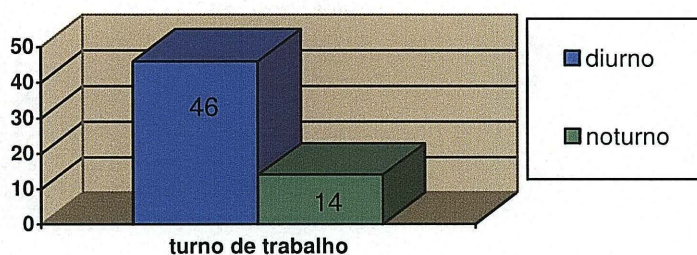


GRÁFICO 17 - TURNO DE TRABALHO
 FONTE: autor (2009)

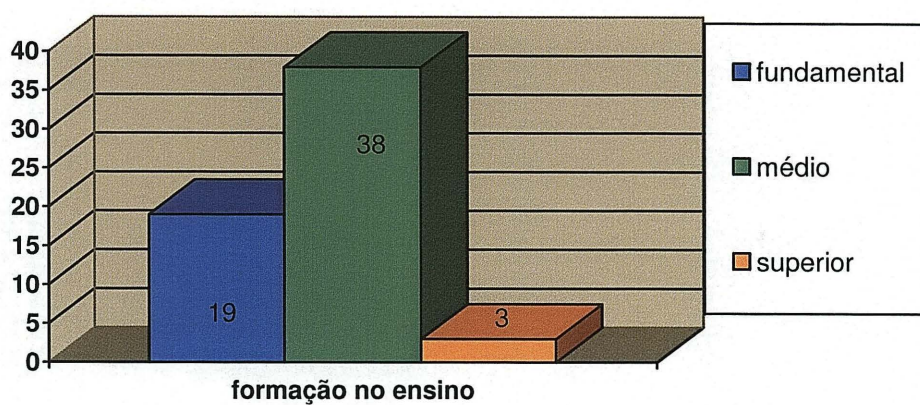


GRÁFICO 18 - FORMAÇÃO ESCOLAR
FONTE: autor (2009)

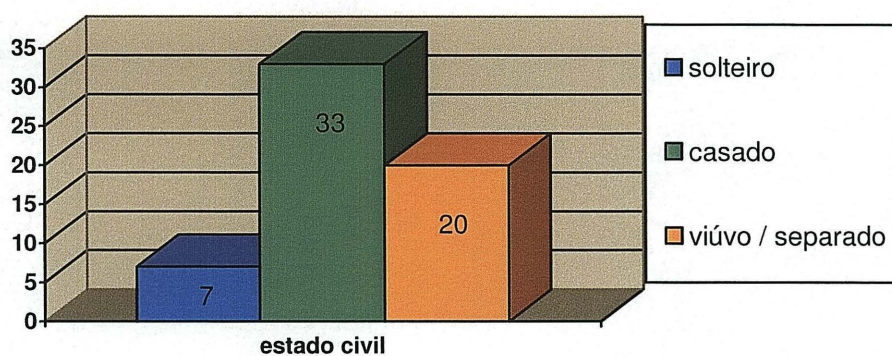


GRÁFICO 19 - ESTADO CIVIL
FONTE: autor (2009)

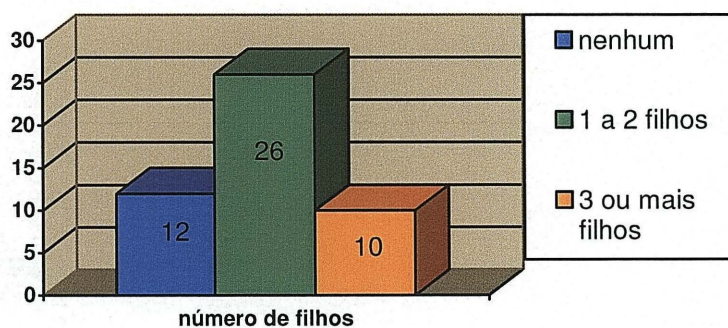


GRÁFICO 20 - NÚMERO DE FILHOS
FONTE: autor (2009)

Trata-se de uma população, caracteristicamente de adultos jovens (48% têm entre 25 e 49 anos- GRÁFICO 14), do sexo feminino (75%- GRÁFICO 16), com mais

de 10 anos de lotação neste hospital (85%- GRÁFICO 15), com o ensino médio (63%- GRÁFICO 18), que têm vida conjugal (55%- GRÁFICO 19) e filhos para cuidar (60%- GRÁFICO 20). A concentração de funcionários é no turno diurno (75,1%- GRÁFICO 17) consonante a maior demanda de serviços neste turno, quando são realizados procedimentos eletivos de diagnóstico e tratamento, que implicam em transporte e acompanhamento de pacientes dentro do hospital ou a serviços externos, quando há necessidade de se mobilizar um funcionário específico para este fim.

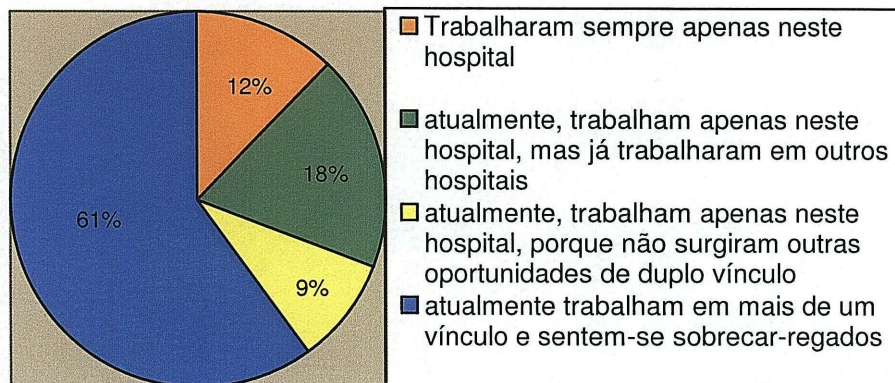


GRÁFICO 21 - DUPLO VÍNCULO E SOBRECARGA
FONTE: autor (2009)

Em relação a outros empregos a maioria (61%) dos auxiliares de enfermagem possui duplo vínculo e sentem-se sobrecarregados (GRÁFICO 21). Esse é um indicador de sobrecarga natural para o funcionário, já que a maioria associa suas atividades profissionais com afazeres domésticos e em tendo outro vínculo de trabalho, em tese, não lhes resta tempo para repouso e lazer para se recuperarem dos desgastes naturais do trabalho.

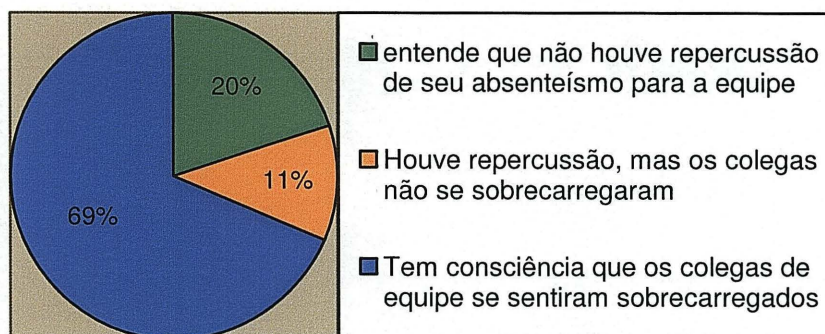


GRÁFICO22 - PERCEPÇÃO DA SOBRECARGA DO ABSENTEÍSMO
FONTE: O autor (2009)

Na percepção dos funcionários, quanto a repercussão do seu absenteísmo, a maioria (69%) dos que se afastam, tem consciência que este afastamento traz repercussões para a equipe acarretando sobrecarga de trabalho aos colegas que permanecem em atividade nos postos de serviço. Apenas 11% acreditam que a repercussão de sua ausência reflete no atendimento ao paciente, ou seja, entendem que a equipe não se sobrecarrega para suprir o serviço dos faltosos. (GRÁFICO 22).

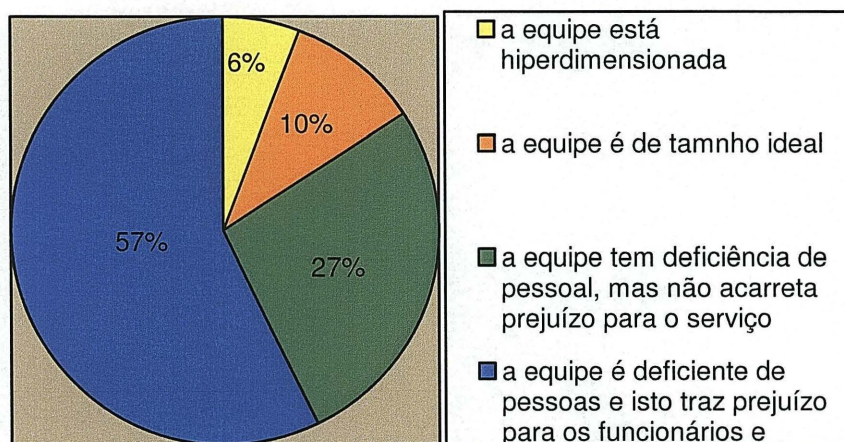


GRÁFICO 23 - PERCEPÇÃO DO FUNCIONÁRIO EM RELAÇÃO AO TAMANHO DA EQUIPE
FONTE: O autor (2009)

Na percepção dos funcionários, em relação ao tamanho da equipe (GRÁFICO 23), a grande maioria (84%) está convicta de que há falta de pessoal em suas equipes, e 27% entende que, mesmo com falta de pessoal, não há prejuízo para o serviço, o que, a princípio, sugere que se sobrecarregam para atender a demanda de serviço.

Na opinião de 70% dos funcionários que tiveram absenteísmo – doença, as suas faltas tiveram menor repercussão que as faltas de seus colegas de equipe (GRÁFICO 24).

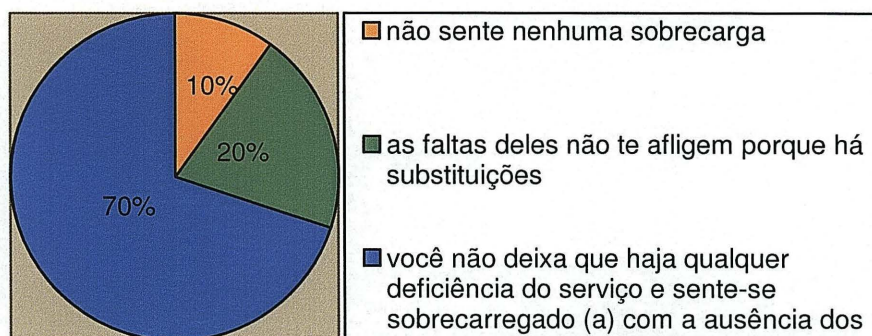


GRÁFICO 24 - PERCEPÇÃO DA PRÓPRIA AUSÊNCIA EM RELAÇÃO À AUSÊNCIA DO COLEGA

FONTE: O autor (2009)

A percepção sobre os efeitos das faltas dos colegas de equipe (GRÁFICO 25) demonstra a tendência de o indivíduo entender que a ausência do outro traz maiores repercussões do que a sua própria.

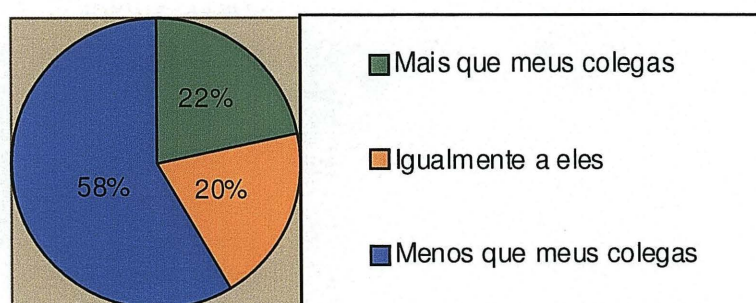


GRÁFICO 25 - PERCEPÇÃO DA SOBRECARGA

FONTE: O autor (2009)

NOTA: o questionamento para esta pergunta foi: "o conjunto de suas ausências ao trabalho possui mais impacto que às ausências de seus colegas?"

Em relação a motivação para o trabalho neste hospital (GRÁFICO 26) os números indicam a dificuldade de se obter o comprometimento dos envolvidos em um programa, pois 80% não seria colaborativo por estar desmotivado ou não comprometido.

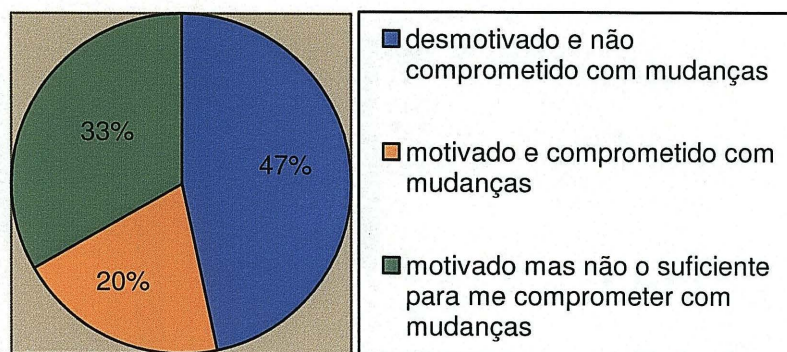


GRÁFICO 26 - AUTOAVALIAÇÃO DA MOTIVAÇÃO PARA O TRABALHO
 FONTE: O autor (2009)

Em relação ao entendimento do programa (GRÁFICO 27) a maioria refere ter entendido do que se trata a proposta, resultado que não resistiu a confirmação (60% não sabiam definir o objetivo do programa) quando realizadas perguntas simples sobre o mesmo no recolhimento dos questionários. Isso, a princípio, levanta a hipótese da falta de motivação e falta de interesse por medidas que modifiquem a rotina.

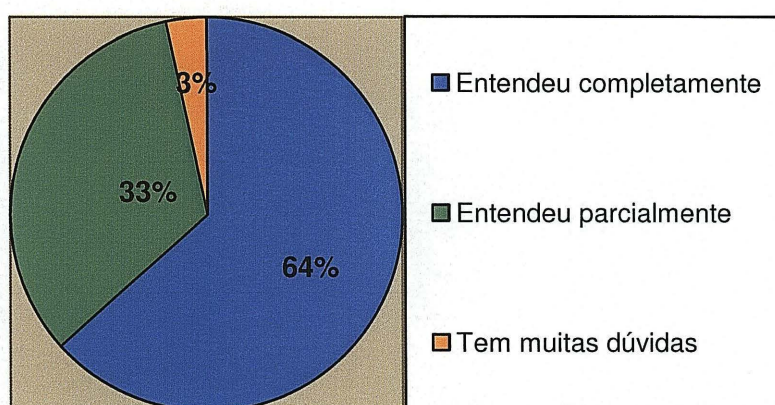


GRÁFICO 27 - ENTENDIMENTO SOBRE O PROGRAMA
 FONTE: O autor (2009)

Em relação a percepção sobre a utilidade do programa proposto observa-se que a maioria (80% - GRÁFICO 28) dos funcionários referiu entender o programa como útil, porém afirmando que não se comprometeria com o mesmo por entender que os demais colegas não o fariam.



GRÁFICO 28 - PERCEPÇÃO SOBRE A UTILIDADE DO PROGRAMA
FONTE: O autor (2009)

Questionados sobre a aceitação do programa (GRÁFICO 29), apesar da maioria (80%) referir que não se comprometeria com o programa, 47% aceitaria a sua implantação, levando a supor, que os funcionários têm a percepção de que o programa, se não vier a beneficiá-los, também não os prejudicará

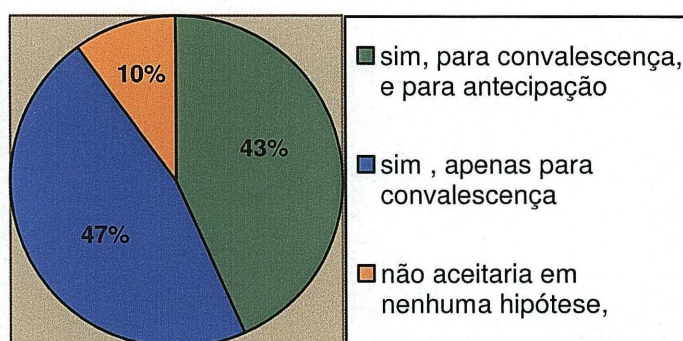


GRÁFICO 29 - ACEITAÇÃO DO PROGRAMA
FONTE: O autor(2009)

Sobre a viabilidade da realização das atividades da função auxiliar de enfermagem de forma segmentada (GRÁFICO 30) a maioria (84%) dos funcionários entendeu que as atividades do auxiliar de enfermagem podem ser fragmentadas, o que é o pressuposto mais importante da proposta do programa.

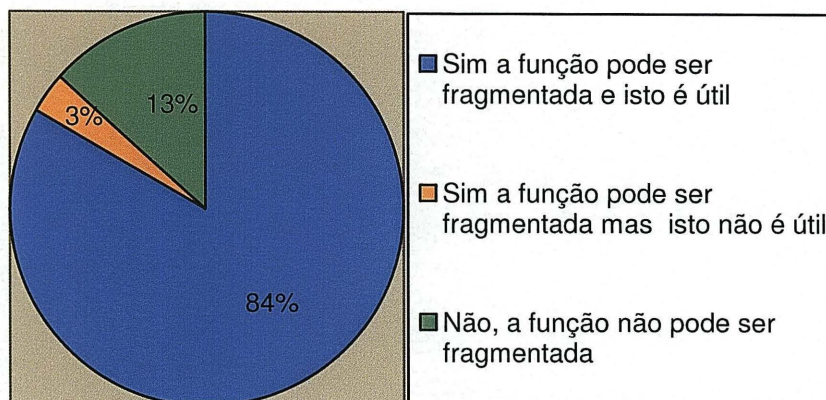


GRÁFICO 30 - PERCEPÇÃO SOBRE A FRAGMENTAÇÃO DS FUNÇÕES
FONTE: O autor(2009)

Em relação às expectativas dos funcionários sobre as vantagens do programa (GRÁFICO 31) observa-se que a maioria (78%) dos funcionários possui a percepção de benefício para a equipe ou para o paciente, fato este que colabora com o pressuposto do programa de trazer benefícios para a equipe e ao paciente.

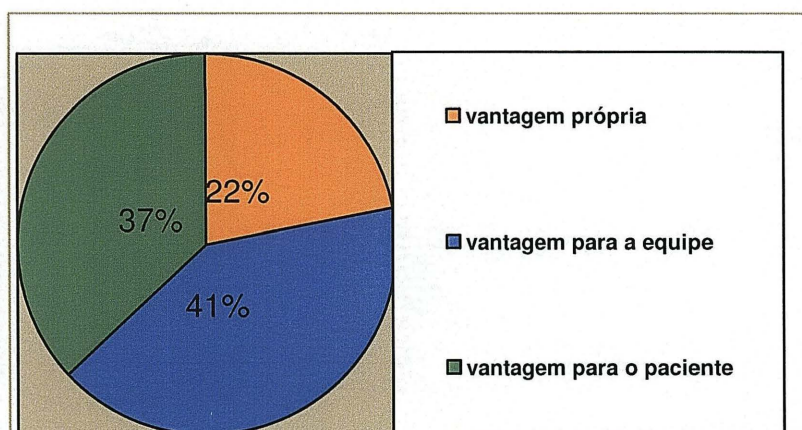


GRÁFICO 31 - EXPECTATIVAS DAS VANTAGENS DO PROGRAMA
FONTE: O autor (2009)

4.1.3 Levantamento de Dados do Absenteísmo

Com base nos conceitos do QADRO 4 (p. 59), fez-se o levantamento, no departamento de pessoal (DP) do hospital pesquisado, da distribuição de ausências

ao trabalho¹¹ referente aos auxiliares de enfermagem no período de janeiro a dezembro de 2008. Estes dados estão relacionados a seguir (TABELA 1 e GRAFICO 32)

As licenças compensáveis incluem as trocas de plantões e compensação de “horas a mais” que o funcionário tenha realizado por necessidade do serviço, as quais dentro da atual política de RH da Secretaria de Estado da Saúde – SESA prioritariamente são compensadas e não pagas.

TABELA 1 - DISTRIBUIÇÃO DAS CATEGORIAS DE AUSÊNCIA AO TRABALHO

MOTIVO DE AUSÊNCIA	FUNCIONÁRIOS QUE TIVERAM A OCORRÊNCIA	(%) ¹²
1- Licenças concedidas	4	6,66
2- Licenças para cumprimento de dever legal	6	10
3- Licenças compensáveis	58	96,66
4- Licenças por eventos naturais	12	20
5- Licenças para acompanhamento de familiar	18	15
6- Licenças por motivos de doença –eletivas	23	38,33
7- Licenças por motivos de doença- emergências	42	70
8- Ausências por motivos de Força maior	2	3,33
9- Faltas injustificadas	9	15
10- Ausências por advertência e suspensão	2	3,33
11- Greves	0	0
UNIVERSO	60 funcionários	

FONTE: O autor com base nos dados oficiais do departamento de pessoal do hospital pesquisado (2009)

¹¹ As ausências naturais ao trabalho (os períodos em que naturalmente não se está presente por intervalos entre as jornadas, os repousos semanais, as folgas, as férias ou simplesmente a não escalação para os horários de trabalho), por serem inerentes a todo funcionário, não estão incluídas nesta tabela em que se busca analisar as licenças e faltas ao trabalho.

¹² Referente ao percentual de funcionários que tiveram as ausências e não a distribuição das ausências em si.

Estas trocas e compensações aparecem com bastante freqüência no setor de saúde, onde as demandas não são programáveis, existindo situações de urgência e emergência em que o funcionário é requisitado para permanecer no trabalho além do seu horário, além de configurarem um instrumento legítimo de adequação aos interesses ora da instituição ora do funcionário.

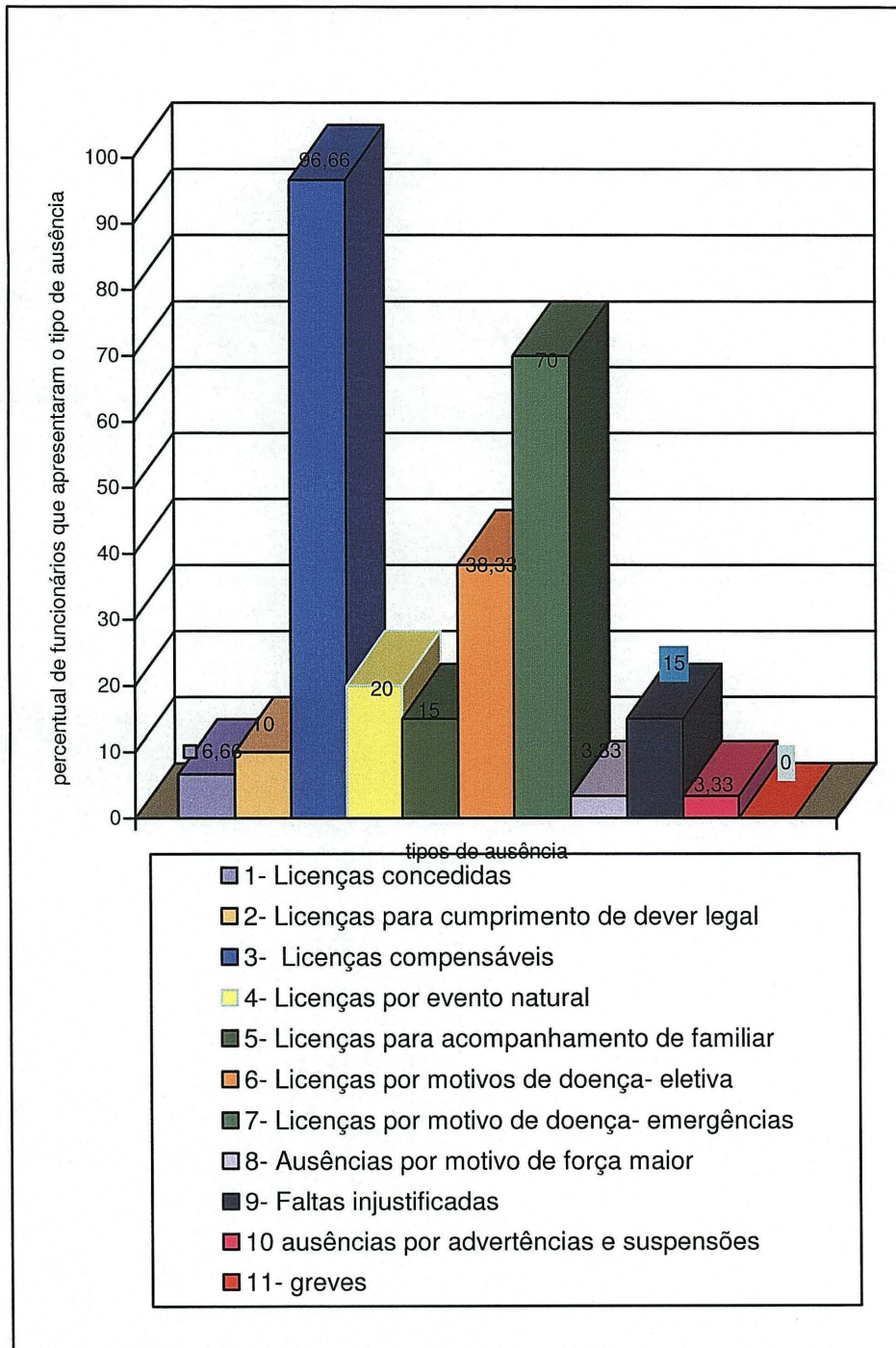


GRÁFICO 32 - TIPOS DE AUSÊNCIA
FONTE: O autor (2009)

As ausências naturais e as licenças compensáveis juntamente com as licenças planejadas (aquelas que não são por motivos de doença) não se constituem

em absenteísmo, considerando-se que “absenteísmo é a ausência não prevista ao trabalho” (COUTO, 1987, p.24). As demais ausências (QUADRO 4, p.57) são consideradas absenteísmo, o qual se divide em justificável e não justificável, aqui demonstradas na forma de eventos (GRÁFICO 33).

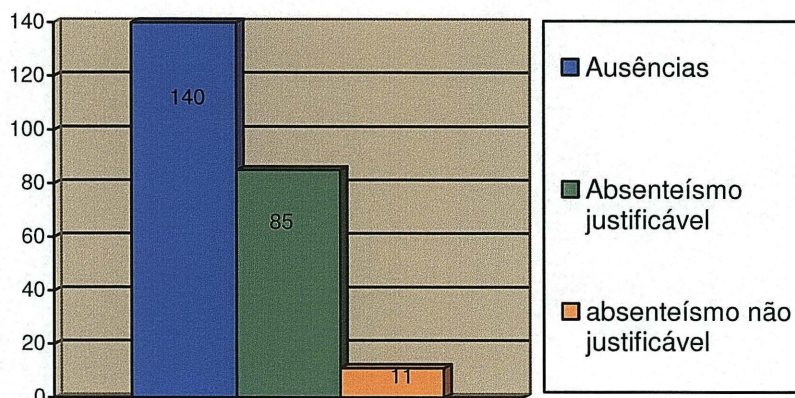


GRÁFICO 33 - AUSÊNCIAS E ABSENTEÍSMO
FONTE: O autor (2009)

As licenças por motivos de saúde quer sejam eletivas (usufruídas por 38,33% dos funcionários), quer sejam emergenciais (usufruídas por 70% dos funcionários), constituem a maior causa de absenteísmo justificável no hospital pesquisado. Destes percentuais 30% dos funcionários apresentaram-nas em comum, ou seja, ora tiveram licenças eletivas, ora licenças emergências. As faltas sem justificativas e por greve e as ausências por advertências e suspensões não são abonadas e são passíveis de desconto de salário.

Apenas 5% dos funcionários não apresentaram nenhum tipo de absenteísmo (doença, acompanhamento de familiar doente, licenças por eventos naturais ou ausência por motivos de força maior). Dentro do absenteísmo – doença (GRÁFICO 34), 24% dos funcionários apresentam patologias de caráter crônico. Esses são responsáveis por 82% dos dias faltados.

proporção de dias perdidos por tipo de evento

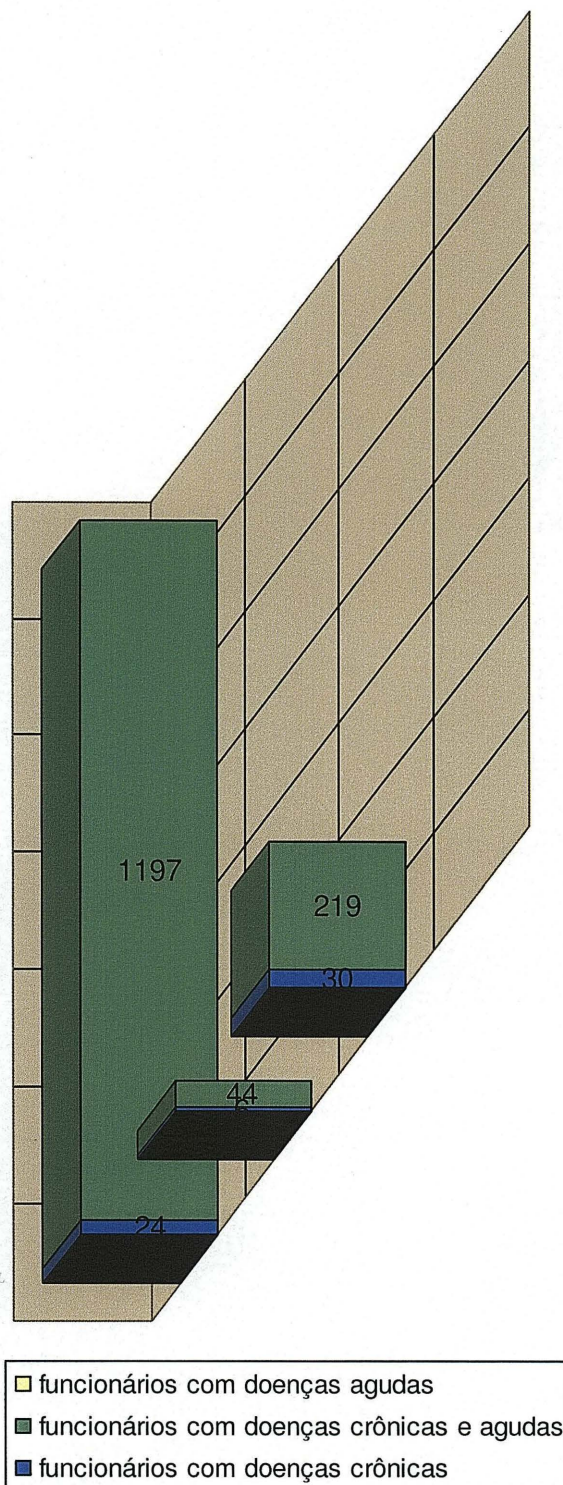


GRÁFICO 34 – PROPORÇÃO DE DIAS PERDIDOS POR TIPO DE EVENTO
FONTE: O autor (2009)

TABELA 2 – PROPORÇÃO DE DIAS PERDIDOS POR TIPO DE DOENÇA CRÔNICA OU AGUDA

	Doenças crônicas	Doenças crônicas e agudas	Doenças agudas	Total
Funcionários	24	6	30	60
Número de dias perdidos	1197	44	219	1460
Coeficiente de dias perdido por tipo de evento= Dias/ funcionários	49,87	7,33	7,3	24,33

FONTE: O autor (2009)

A fim de se observar o impacto das doenças crônicas no absenteísmo, estabeleceu-se um índice que relaciona os dias per capita perdidos por tipo de doença. Observa-se que cada evento ou funcionário com doença crônica corresponde a 49,87 dias perdidos, ou seja, 7 vezes mais impactante do que o absenteísmo por doenças agudas (TABELA 2)

Dos funcionários com absenteísmo por doença crônica(GRÁFICO 35, correspondendo a 24 funcionários) 72% apresentam de 3 a 5 atestados no ano e são responsáveis pela maioria (63%) dos dias perdidos. Constata-se que as doenças que prevalecem nesse tipo de absenteísmo facultam diversos (de 3 a 7) períodos curtos de afastamento.

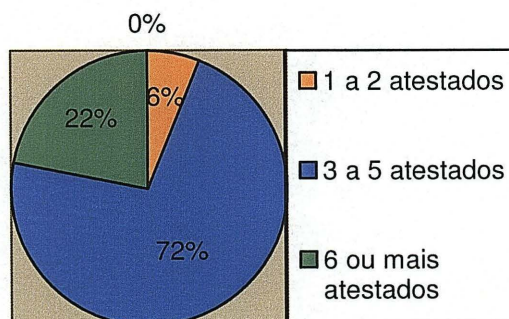


GRÁFICO 35 – QUANTIDADE DE ATESTADOS POR EVENTO DE DOENÇA CRÔNICA

FONTE:O autor (2009)

Em relação às substituições dos funcionários ausentes: existem ausências que são conhecidas antes da sua ocorrência (licenças médicas por procedimentos eletivos, licenças por outros motivos que não os de saúde) e, portanto a substituição pode ser prevista. As licenças por motivos de saúde emergenciais, por não serem previamente conhecidas, inicialmente não possuem previsão de substituição, porém a partir do momento em que são conhecidas facultam a providência de substituição do funcionário faltoso (GRÁFICO 36).

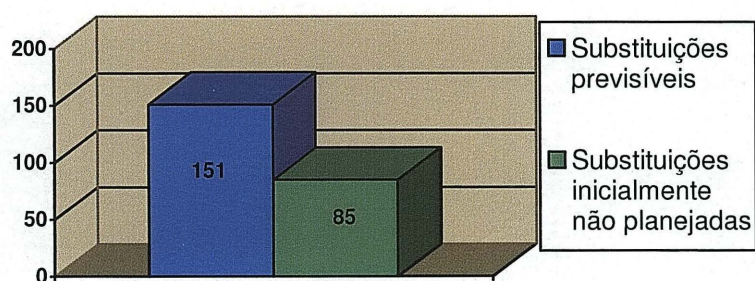


GRÁFICO 36 - PLANEJAMENTO DAS SUBSTITUIÇÕES
FONTE: autor (2009)

Dentro do grupo de funcionários que tiveram absenteísmo – doença, referente ao número de atestados por funcionário no ano, há predomínio (58%) de 3 a 5 atestados per capita (GRÁFICO 37).

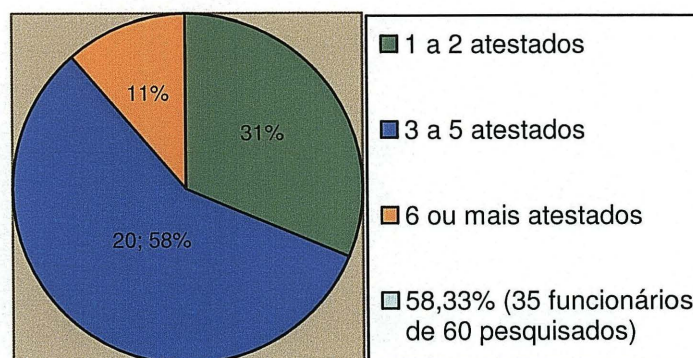


GRÁFICO 37 - ATESTADOS POR FUNCIONÁRIOS
FONTE: O autor (2009)

A correspondência de dias perdidos em relação ao tipo de atestado, quando se refere ao absenteísmo – doença (GRÁFICO 38), sem se considerar se a doença

é aguda ou crônica, mantém a proporção (GRÁFICO 38), ou seja, para 58% de atestados de 3 a 6 dias correspondem 63,3% dos dias perdidos.



GRÁFICO 38 - DIAS PERDIDOS POR TIPO DE ATESTADO
FONTE: O autor (2009)

No que tange à comunicação das ausências (GRÁFICO 39) a maioria (91%) dos afastados considera que avisa suas chefias em tempo hábil, fato que diverge da percepção da enfermagem (GRÁFICO 4).

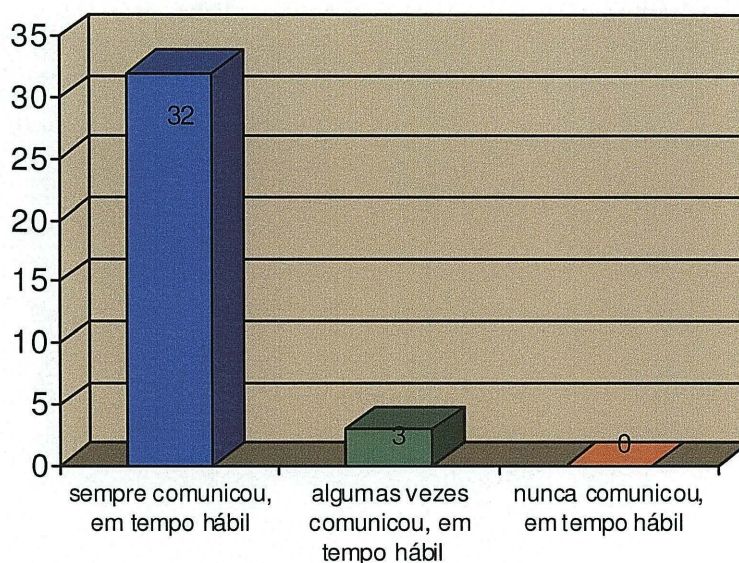


GRÁFICO 39 - COMUNICADOS SOBRE AUSÊNCIAS
FONTE: O autor (2009)

Referente ao número de doenças por funcionário (GRÁFICO 40) que tiveram absenteísmo, a maioria (77%) do absenteísmo foi ocasionada por apenas uma doença per capita, fazendo supor, se tratarem de doenças crônicas, já que motivam vários atestados no ano pelo mesmo CID.

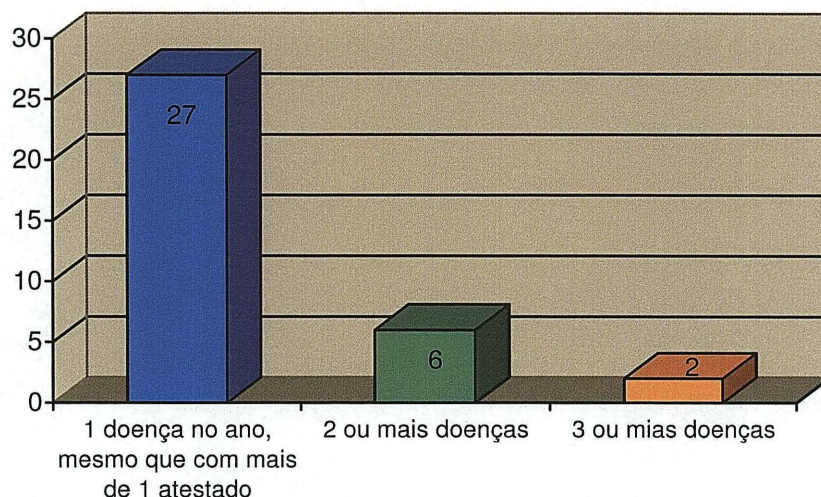


GRÁFICO 40 - NÚMERO DE DOENÇAS POR FUNCIONÁRIO
 FONTE: O autor (2009)

Na comparação dos períodos de afastamentos concedidos pelas perícias do setor público e privado para o mesmo evento de afastamento (GRÁFICO 41) a maioria (61%) dos afastamentos coincide na quantidade de dias, e quando não, o afastamento concedido pela perícia do estado é maior do que aquele do INSS.



GRÁFICO 41 - TEMPO DE AFASTAMENTO PARA O MESMO MOTIVO
 INSS E ESTADO
 FONTE: O autor (2009)

4.2 PROGRAMA DE ADEQUAÇÃO LABORAL

Este é um programa na área de saúde ocupacional que visa a otimização do quadro funcional dos auxiliares de enfermagem de um hospital público do Estado do Paraná. Se aprovado pela Secretaria de Estado da Saúde (SESA) e direção do hospital em que foi realizado o estudo para sua confecção, pode ser implantado a qualquer tempo, tendo a vigência permanente e com reavaliações anuais.

4.2.1 Apresentação

A essência deste programa é segmentar uma função de trabalho em suas diversas atividades laborais, agrupando-as conforme as exigências funcionais e fisiológicas da mesma. Verificou-se que funcionários auxiliares de enfermagem que possuem doenças crônicas e estão em atividade profissional, mesmo após terem usufruído licença médica, apresentam limitações em suas capacidades de trabalho. Nos moldes de trabalho atuais ele necessita realizar as atividades de sua função, o que acarreta a realização de atividades que se tornam penosas ou que podem agravar o seu estado de saúde por não haver compatibilidade de suas condições orgânicas com as exigências da atividade. A essência do programa é adequar o rol de atividades a serem realizadas com a capacidade laboral remanescente, haja vista o convalescente possuir limitações para algumas atividades, mas não estar impedido de realizar outras. Estas hipóteses se fizeram pela observação da prática diária no hospital em questão.

Surgiu a necessidade de implantar-se um programa que sirva para adequar a situação deste funcionário e também reduzir a sobrecarga de trabalho para a equipe de auxiliares de enfermagem que estão em atividade normal de trabalho, melhorando a eficácia do serviço.

Este programa justifica-se à medida que sendo eficaz servirá de base para a implantação de uma política pública na área de recursos humanos do Estado do Paraná.

4.2.2 Pressupostos do Programa de Adequação Laboral

É importante realizar explanação sobre temas da área de recursos humanos e de saúde ocupacional afetos a este programa, visando o seu entendimento. Aqui são tratados os conceitos relacionados com a prática da medicina do trabalho, conceitos estes aplicados especificamente à função de auxiliar de enfermagem.

4.2.2.1 Capacidade laboral e suas limitações

A capacidade laboral é o conjunto de condições físicas e psíquicas para realizar com eficiência e eficácia uma tarefa significando ter a estrutura orgânica e fisiológica para desempenhar determinada ação (FERREIRA, 2006, P.207). Diferencia-se de aptidão que é definida como, em um determinado momento, reunir condições de saúde para desempenhar determinada atividade. (RIO, 1996, p.31)

Limitação da capacidade laboral é a diminuição das condições orgânicas ótimas de produzir uma atividade. A correlação da limitação da capacidade laboral e as restrições à determinadas atividades resulta de um quadro clínico qualquer, em determinada fase de sua evolução, acarretando alterações na homeostase do organismo, com sintomas diversos causadores de dor ou desconforto ou disfunção.

4.2.2.2 Função laboral

Função laboral é o conjunto fechado de atribuições inerentes ao desempenho de um cargo profissional, com fins de executar um trabalho específico. Uma função é composta por diversas atividades (ações realizáveis de forma independente e que em conjunto compõem um produto). (RIO, 1996, p.31)

4.2.2.3 Exigência funcional

Cada atividade laboral encerra um conjunto de requisitos de funcionamento do organismo para haver o cumprimento do que lhe é esperado- são as exigências funcionais específicas da atividade e segmentadamente da função em questão. (RIO, 1996, p.31)

4.2.2.4 Exigência fisiológica

Para uma exigência funcional, é requerido o funcionamento orgânico adequado que faculte a realização da atividade funcional. – são as exigências fisiológicas. (RIO, 1996, p.32)

4.2.2.5 Avaliação da capacidade laboral

Através de critérios clínicos (anamnese, exame físico e exames complementares) o médico, conhecedor das exigências fisiológicas e das exigências funcionais envolvidas em uma atividade, definirá se o indivíduo destinado a exercer a função em questão reúne condições clínicas de exercê-la, bem como se as características de riscos ocupacionais e de exigências das atividades laborais não determinarão danos a uma eventual situação clínica já existente. (RIO, 1996, p.32)

O médico examinador elabora critérios clínicos associados aos parâmetros da função laboral, que funcionam como critérios de inclusão e exclusão para o seu laudo de avaliação. É preciso inserir estes critérios dentro do contexto e particularidades em que essa função vai ser exercida. (RIO, 1996, p.33)

4.2.2.6 Trâmite de atestados no serviço público

O hospital pesquisado, assim como as demais instituições públicas estaduais do Estado do Paraná, adota a sistemática de abono interno do atestado médico de horas a dois dias.

Nestes casos o funcionário entrega o seu atestado no departamento de pessoal e retorna ao trabalho, sem necessariamente submeter-se à avaliação médica, até mesmo porque não existe um serviço médico próprio em cada unidade de trabalho ou em muitas das Secretarias Estaduais.

Se o funcionário, após este período de licença médica, ainda não se sentir capacitado para exercer suas atividades, deverá retornar ao serviço médico que o atendeu, seja este o serviço de assistência médica próprio do Estado- S.A.S. Serviço de Assistência á Saúde, seja qualquer outro serviço médico público ou privado. (PARANÁ, 2000, p.3)

Se considerado sem condições de labor, o médico assistente fará a emissão de mais outro atestado médico, com a aposição do Código Internacional de Doenças (CID). A existência de um ou mais atestados médicos, para o mesmo funcionário, que perfaçam período maior de três dias, ensejará o encaminhamento à avaliação pericial própria do Governo do Estado, Divisão Interna de Medicina e Segurança (DIMS) subordinada a Secretaria de Estado da Administração e Previdência (SEAP)- . (PARANÁ, 2000, p.5)

Munido de encaminhamento administrativo emitido pelo departamento de pessoal do seu órgão de lotação- guia para licença médica, de documento de identificação e do atestado médico, o funcionário agendará a avaliação pericial e lá comparecerá na data e horário agendado. (PARANÁ, 2000, p.5)

Na avaliação pericial o médico perito procederá à anamnese, exame físico e análise dos exames complementares, prescrições em receitas, relatórios médicos e de fisioterapeuta, fonoaudiólogo, nutricionista conforme seja o caso e então definirá o período de tempo da licença médica. Para esta definição, levará em conta inicialmente se existe ou não a necessidade de afastamento. Esta é definida por critério da capacidade laboral (se o periciado reúne condições físicas e psicológicas para executar cumprir as exigências fisiológicas, que as exigências funcionais de

sua função como um todo requer), bem como se o afastamento far-se-á necessário por motivos do tratamento em si ou para impedimento de transmissão de doenças infecto-contagiosas. Cite-se como exemplo, o funcionário que ocupe uma função executada em ambiente coletivo e esteja clinicamente bem, porém ainda no período de transmissibilidade de alguma doença. Nesse caso a licença será concedida como forma de proteção aos demais colegas de trabalho e aos usuários do serviço que entrariam em contato com o funcionário transmissor de alguma doença.

O período de afastamento necessário pode ser sugerido pelo médico assistente a fim de corroborar na decisão pericial, porém esta é soberana e poderá ou não acatar este período ou então reduzir ou ampliar o prazo sugerido. (PARANÁ, 2000, p.7)

É consenso no meio administrativo do serviço público que, diferentemente do que ocorre em empresas privadas que possuem serviço médico próprio, o médico perito do serviço público não possui a convivência estreita com o ambiente de trabalho do servidor público. Ele pode até conhecer pessoalmente o local de trabalho, mas não possui a vivência do cotidiano do trabalho do servidor em suas condições e variáveis atuais.

Assim sendo, o mais das vezes fará sua avaliação baseado em informações do próprio periciado e tenderá a avaliar a incapacidade para a realização da função como um todo, independente se no local de trabalho em questão exista flexibilidade de adequações pela subdivisão da função em atividades distintas ou se a organização do trabalho permitirá que se faça esta adequação.

4.2.3 Função Laboral de Auxiliar de Enfermagem

A finalidade de trabalho do auxiliar de enfermagem é executar atividades para suprir as necessidades físicas, funcionais e orgânicas do paciente, proporcionando-lhe a manutenção e aquisição do conforto e bem estar (PITTA, 1996, p.42).

4.2.3.1 Atividades laborais da função auxiliar de enfermagem

- a) dispensar e organizar medicamentos conforme prescrição;
- b) ministrar a medicação segundo os padrões técnicos;
- c) prestar cuidados higiênicos ao paciente; fazer a adequação de condições de seu conforto (mobilização no leito, atendimento às necessidades de bem-estar);
- d) realizar procedimentos técnicos (curativos, passagens de sondas, acessos venosos);
- e) realizar testes de parâmetros clínicos (dosagem de glicemia);
- f) aferir dados vitais e anotar os valores na evolução;
- g) perceber as queixas e condições do paciente e comunicá-las à enfermeira ou ao médico;
- h) anotar dados sobre as queixas e percepções sobre o paciente;
- i) acompanhar o paciente em suas atividades de exames complementares, terapias e atividades;
- j) realizar procedimentos de suporte (manutenção da ordem do posto de enfermagem, esterilização de materiais).

4.2.3.2 Relação de exigências funcionais da função auxiliar de enfermagem

- a) movimentos do cingulo dos MMSS; realizar movimentos com esforço estático e dinâmico de mãos, antebraços, braços;
- b) esforços musculares mãos, antebraços, braços, tronco, coluna, esforço físico estático, movimentos rítmicos, intermitentes, de alta, média e baixa precisão;
- c) manuseio de materiais específicos; manuseio de ferramenta; acionar

- comandos mecânicos elétricos hidráulicos;
- d) movimentos do cingulo dos MMII, deambulação empurrar peso, permanecer em ortostase prolongada, permanecer em posturas incômodas, deambulação de pequena intensidade (ciclos de 100m;intercalados com pausas)
- e) transposição de níveis: agachar-se, levantar-se, manter-se em pé;
- f) interpretação, raciocínio, análise, síntese e transmissão de dados (codificação);
- g) memorização de conhecimentos;
- h) repetição (transcrição de dados e informações);
- i) codificação, decodificação de informações;
- j) cumprimento de ordens (repetição, análise, codificação, decodificação);
- k) coordenação de dados, de idéias, de condutas e de normas;
- l) observação de condutas, dados, acontecimentos;
- m) anotações de ocorrências;
- n) decisões de baixa complexidade;
- o) resposta a situações emergenciais;
- p) relacionamento com pessoal: colegas, pacientes e familiares destes;

4.2.3.3 Exigências fisiológicas

- a) cognição para as atividades de análise, síntese, codificação decodificação, elaboração;
- b) funções psiquiátricas para as habilidades de relação e produção;
- c) adequação das condições de visão (binocular, profundidade, visão

- para perto e longe, adaptação, cores, campo visual);
- d) audição;
 - e) higidez do sistema imunológico;
 - f) higidez do sistema endócrino, reserva metabólica adequada;
 - g) força e tônus muscular, trofismo muscular e reflexos, sensibilidades térmica, dolorosa e tátil;
 - h) coordenação e equilíbrio; alinhamento ósseo;
 - i) integridade óssea (ausências de tendinites, contusões, luxações, entorses, lesões ligamentares); integridade de coluna vertebral;
 - j) integridade articular (ausência de artralgias, deformidades, edemas, crepitações, deformidades, flogose e limitação de movimentos);
 - k) ausência de cardiopatias, varizes, flebites, linfangites, arterites;
 - l) capacidade respiratória;
 - m) integridade cutânea.

4.2.3.4 Critérios clínicos de avaliação- função de auxiliar de enfermagem

- a) avaliação psiquiátrica e neurológica;
- b) avaliação de capacidades cognitivas;
- c) avaliação da capacidade visual e auditiva;
- d) avaliação dos sistemas ósteomuscular e neurológico (movimentos força e tônus muscular);
- e) movimentos do cingulo¹³ dos MMSS e dos MMII;
- f) Integridade tegumentar¹⁴;

¹³ Conjunto de peças que compõem um todo

¹⁴ Relativo à integridade da pele, mucosas

g) avaliação visual;

h) avaliação auditiva.

	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J
	Dispensação e organização de medicamentos conforme prescrição	Ministramento de medicação segundo padrões técnicos	Cuidados higiénicos ao paciente	Adequação de condições de conforto como mobilização no leito, atendimento à necessidades de bem-estar	Procedimentos técnicos curativos, realização de testes	Tomada de dados vitais e anotação dos valores na evolução	Percepção das queixas e condições clínicas do paciente e sua comunicação	Anotações sobre a evolução do paciente	Acompanhamento do paciente em suas atividades de exames complementares, terapias e atividades	Realização de procedimentos de suporte como manutenção da ordem do posto de enfermagem, esterilização de materiais
1	Repetição (transcrição de dados e Codificação, decodificação)	Movimentos do dígulo dos MMSS	deambulação	deambulação	deambulação	Repetição (transcrição de dados e Codificação, decodificação)	Interpretação	deambulação	Movimentos do dígulo dos MMSS	
8										
10										
12										
13										
14										
15										
16										
17										

FIGURA 1 - IMAGEM DE TELA DE MICROCOMPUTAODR, FORMATAÇÃO DOS DADOS RELATIVOS ÀS ATIVIDADES E SUAS EXIGÊNCIAS
FONTE: O autor (2009)

4.2.4 Requisitos e Parâmetros para o Desenvolvimento do Programa

Aqui são abordados os recursos financeiros, as necessidades de pessoal e logística, além das exigências legais a serem observadas, as necessidades de treinamento.

4.2.4.1 Requisitos legais

Este programa não interfere na estrutura e relação do vínculo empregatício entre o funcionário público e o Estado, nem nos procedimentos administrativos dos recursos humanos, não acarreta em direitos adquiridos ou alterações salariais, não altera os registros da ficha funcional no departamento de pessoal, pois se trata de um procedimento da conduta interna médico – administrativa visando a otimização de recursos humanos. Ele enquadra-se nas normativas do Estatuto do Servidor Público respeitando as deliberações da Perícia Médica do Estado do Paraná bem como a usufruição das licenças médicas. No entanto, necessita de formalizações com o conhecimento, aprovação e validação da Diretoria de Recursos Humanos da Secretaria de Estado da Saúde e da direção administrativa e clínica do hospital em questão.

4.2.4.2 Requisitos de pessoal

a) um médico, preferencialmente do trabalho, ou ao menos familiarizado com o ambiente de trabalho e seus riscos ocupacionais, para realizar avaliação da capacidade laboral através da avaliação clínica e análise do histórico do paciente;

b) um enfermeiro-chefe para divulgação aos funcionários, treinamentos aos funcionários inseridos no programa e acompanhamento do desenvolvimento das atividades do participante do programa e do funcionamento da equipe de pessoal; um funcionário do departamento de pessoal, encarregado do trâmite burocrático das licenças médicas e consolidação dos pareceres consubstanciados;

c) um assistente social para avaliação das condições sociais implicadas no desempenho laboral (critérios como motivação, perspectivas de resultados, indícios de resistência à mudanças, comprometimento para com a instituição, para com a equipe e para com o paciente) e o acompanhamento social do participante do programa e os impactos em sua vida pessoal e familiar em função da participação do programa;

d) um psicólogo para a avaliação de condições psíquicas relacionadas com a doença e a participação no programa;

4.2.4.3 Requisitos logísticos e financeiros

O programa deve aproveitar a estrutura existente na instituição hospitalar de pessoal, de espaço físico e recursos de informática para realizar as avaliações, orientações, treinamentos e registros. Necessitará a confecção de material impresso (manuais de treinamento, folders para divulgação e orientação e fichas para registros e evolução).

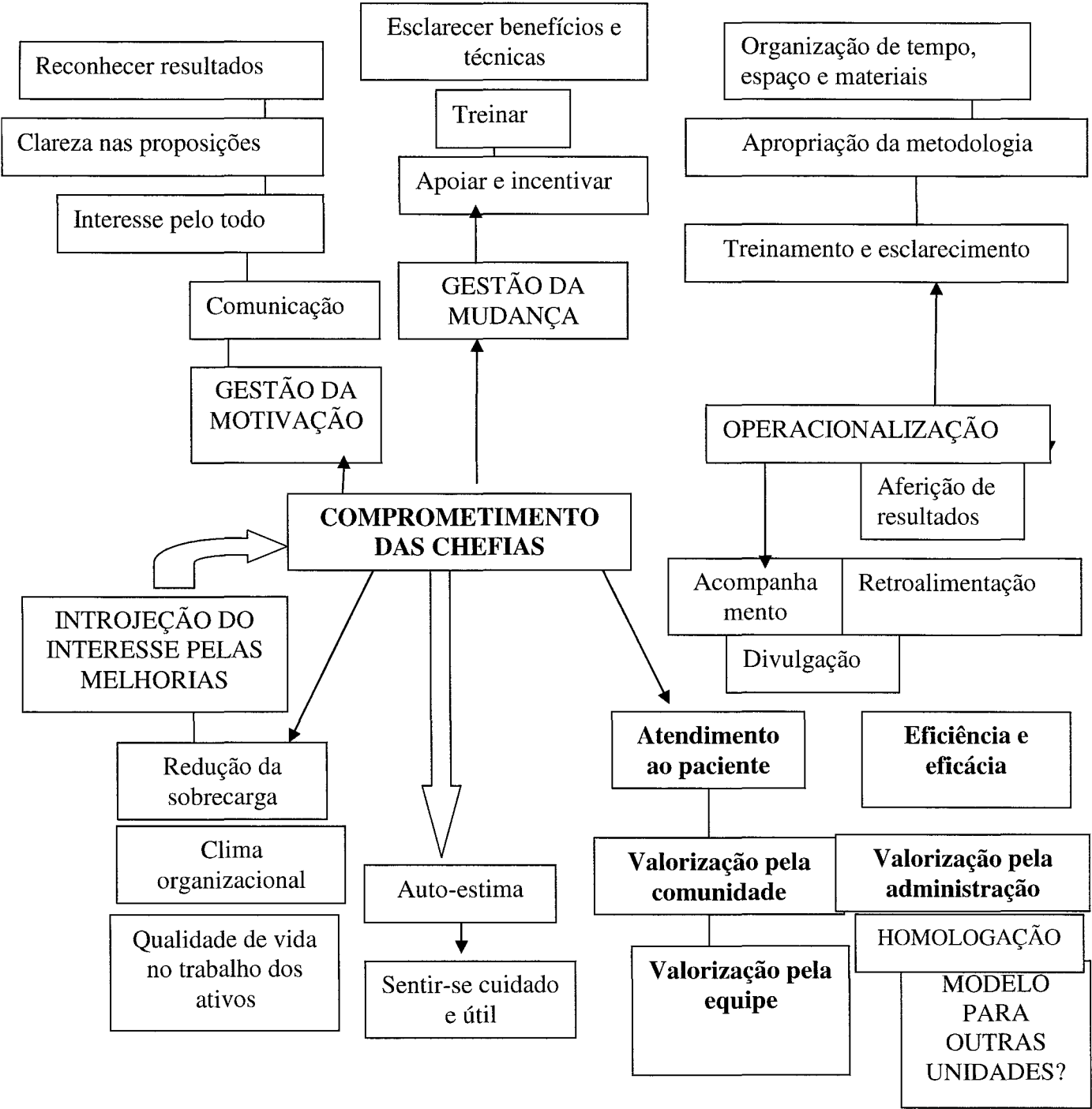
Os profissionais envolvidos nos treinamentos, avaliações e registros realizarão as atividades dentro de seus horários normais de trabalho. Em levantamento inicial, estima-se o gasto de dois mil reais anuais para material impresso. Estes parâmetros serão modificados, caso o programa venha a se estender além do âmbito da instituição em que está sendo feito o programa piloto.

4.2.4.4 Parâmetros para a elaboração do cronograma

Uma vez aprovado, o programa prevê um cronograma abrangendo os períodos de tempo para:

- a) coleta de dados;
- b) planejamento e consolidação da proposta;
- c) exposição do programa a todas as pessoas envolvidas;
- d) exposição e discussão do programa com a área de recursos humanos da SESA;
- e) aprovação e validação da proposta pela direção do hospital e diretoria de RH;
- f) ações de logística (treinamento e preparação de impressos);
- g) avaliações e correções das diversas etapas de implantação do programa.

ORGANOGRAMA 1- PRESSUPOSTOS PARA TREINAMENTO DE OPERADORES DO PROGRAMA DE ADEQUAÇÃO LABORAL



FONTE: O autor (2009)

4.2.4.5 Parâmetros para o treinamento aos operadores do programa

Mostra-se necessário o entendimento dos objetivos e efeitos desejados, por parte, principalmente, de diretores e chefias de enfermagem, além do próprio convalescente e seus pares. O treinamento para o programa de adequação da capacidade laboral possui os pressupostos sugeridos no organograma (ORGANOGRAMA 1).

4.2.5 Operacionalização do Programa de Adequação Laboral

A operacionalização constitui-se na série de procedimentos, que são realizados após a validação do programa. Realiza-se através das ações da equipe de profissionais executores em conformidade com as diretrizes e normas estabelecidas no documento mestre do programa de adequação laboral e envolvem as seguintes fases:

4.2.5.1 Fase metodológica

Esta fase inicial de implantação do programa envolve os procedimentos técnicos de registro das informações que fornecem orientações administrativas e médicas, servindo como gabarito das futuras avaliações. Compreendem:

a) descrição da função- competência setor de RH em conjunto com a chefia imediata. Devem constar na descrição: breve relato sobre: finalidade ou produto da função e rol de atividades que a compõe, habilidades, competências e treinamentos pertinentes à função. Baseia-se no descritivo de funções do RH;

b) relação de ROE e ROG contemplados na execução da função. É de competência do SST (engenheiro ou técnico de segurança da DIMS) com base no LTCAT ou PPRA (levantamento de riscos ambientais);

c) relação das exigências funcionais (atos laborais) inerentes às atividades que compõe a função. É de competência do médico do trabalho da DIMS em conjunto com a chefia imediata. Toma como base o conhecimento técnico e vivências da organização de trabalho que o médico deve possuir;

d) relação das exigências fisiológicas inerentes aos riscos e às exigências funcionais elencados nos itens anteriores. É de competência do médico do trabalho da DIMS e toma como base os seus conhecimentos técnicos;

e) relação dos critérios de avaliação para a capacidade laboral, critérios de exclusão e inclusão para a aptidão na função. É de competência do médico do trabalho da DIMS e tem por base os seus conhecimentos técnicos.

4.2.5.2 Fase de análise

Esta fase já abrange as ações de operação do programa de adequação laboral referentes à avaliação do funcionário elegível, ou seja, aquele que apresenta limitação de sua capacidade laboral. Compreende as seguintes ações:

a) exposição do programa a todos os funcionários elegíveis: é de competência do DP e da chefia imediata com base no manual operacional do programa, multimídia, folders com resumo das informações e explanação em sala de treinamento;

b) recepção do funcionário em licença médica: é de competência da chefia imediata com base nas diretrizes do programa e com ênfase aos aspectos éticos e respeito à inclusão voluntária;

c) avaliação médica de saúde ocupacional: é de competência do médico do trabalho da unidade, participante do programa com base na avaliação clínica para constatação do diagnóstico e de sua fase clínica evolutiva, avaliação das características das limitações e perspectivas de evolução, avaliação do tratamento adequado. Nesta avaliação já são fornecidas orientações clínicas complementares e orientações profissiográficas relacionadas à situação de inclusão no programa (orientações sobre cuidados a serem tomados no desempenho das atividades, atividades e gestos proscritos, sobre pausas de descanso e recuperação, sobre exercícios físicos e posturais);

d) emissão de laudo de saúde ocupacional contendo as indicações de restrições da capacidade laboral, as atividades autorizadas e proscritas. É de competência do médico do trabalho da unidade, participante do programa com base na avaliação de saúde ocupacional;

e) avaliação social e psicológica— competência do assistente social e psicólogo da unidade participantes do programa com base na entrevista social e na avaliação psicológica. É emitido o laudo de condições sociais e psicológicas do funcionário a fim de corroborarem na homologação da inclusão ao programa (onde são considerados critérios de impacto da doença na vida pessoal do funcionário e reflexos destes impactos na inserção do funcionário no programa);

f) análise e homologação da inclusão: é de competência da chefia de enfermagem, chefia imediata, direção do hospital com base na análise dos laudos médico, psicológico e social

4.2.5.3 Fase de implantação

Neste momento o funcionário já foi aprovado para sua inclusão no programa de adequação laboral e já recebeu as orientações de saúde ocupacional e de operação do programa. Caso o mesmo aceite participar, são seguidos os seguintes passos:

a) preenchimento do termo de ciência e concordância do funcionário. É de competência chefia imediata e DP com base termo de esclarecimento e concordância;

b) apresentação do funcionário aos setores envolvidos com orientações para as equipes de enfermagem: é de competência chefia imediata e constitui-se na reunião com os elementos da equipe de auxiliares de enfermagem do local de trabalho com explanação geral sobre o desenvolvimento do programa;

c) treinamentos e orientações específicas: é de competência da chefia imediata e baseia-se no acompanhamento e orientações práticas nos setores de trabalho.

4.2.5.4 Fase de avaliação

Nesta fase o funcionário já terá exercido as atividades prescritas conforme as orientações e treinamentos que recebeu. A chefia de enfermagem já terá realizado a observação do clima de trabalho e do desempenho do funcionário participante do programa de adequação da capacidade laboral. Compreende as seguintes ações:

a) preenchimento de ficha de acompanhamento anexa a ficha de avaliação. É de competência da chefia imediata com base em suas observações e na entrevista com o funcionário participante do programa e com pares de serviço;

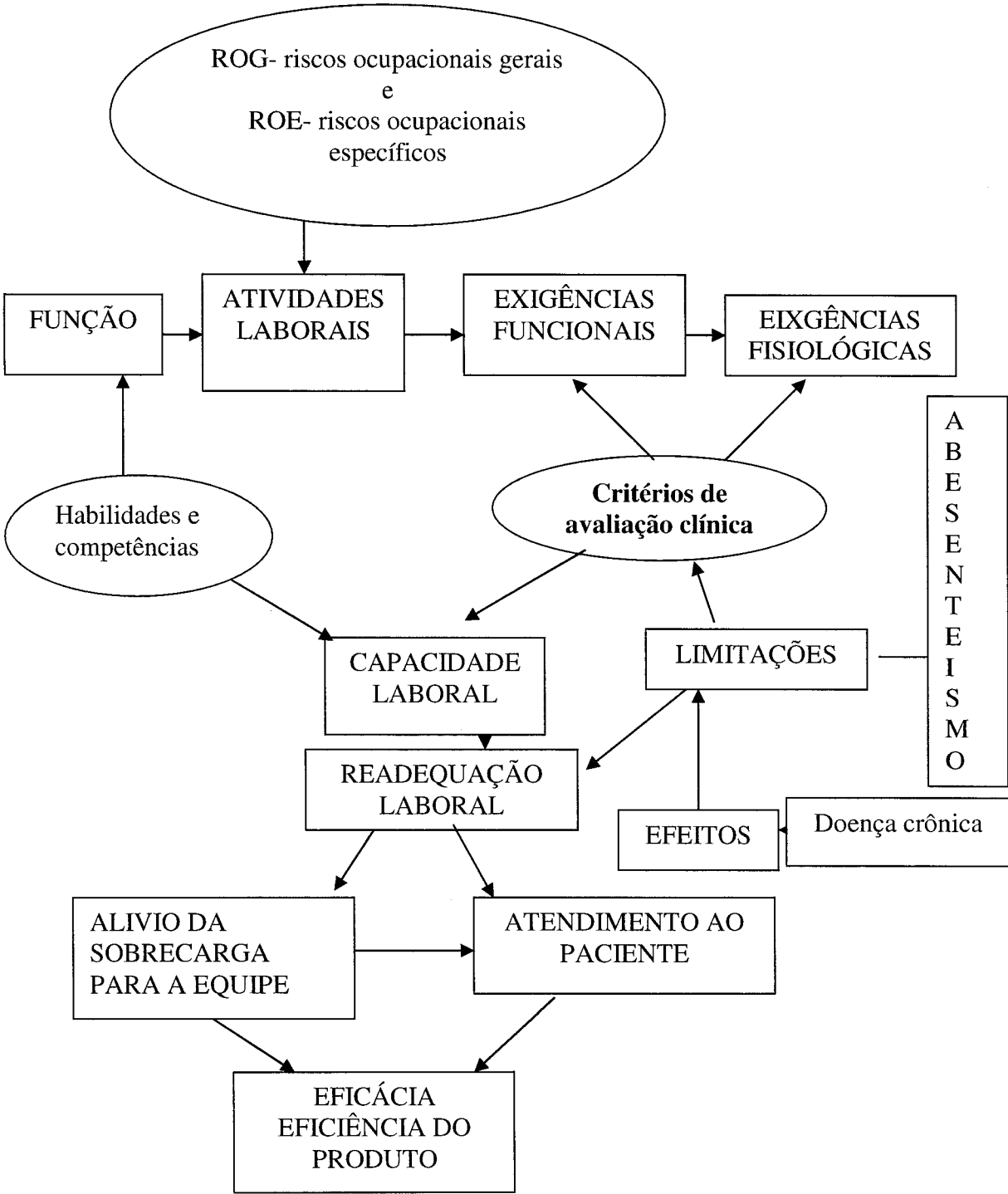
b) reavaliação pelo médico do trabalho da unidade participante do programa com base na avaliação de saúde ocupacional. É feita a avaliação clínica, constatação da fase clínica evolutiva, avaliação das características das limitações e perspectivas de evolução, avaliação do tratamento adequado, orientações clínicas complementares;

c) reavaliação social e psicológica: é de competência do assistente social e do psicólogo da unidade participantes do programa com base na entrevista social e reavaliação psicológica do funcionário inserido no programa. São feitos laudos de acompanhamento social e psicológico;

d) emissão de relatório sobre a adequação da inclusão: é de competência da chefia imediata e chefia de enfermagem compilando todos os pareceres, sendo realizado o relatório consubstanciado;

e) encaminhamento do relatório para apreciação da direção e do diretor de RH e da secretaria envolvida, para continuidade ou não do programa conforme os resultados para o funcionário e para a instituição.

ORGANOGRAMA 2 – READEQUAÇÃO LABORAL



FONTE: O autor (2009)

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS E RECOMENDAÇÕES

O absenteísmo de auxiliares de enfermagem foi relatado, pelas chefias de enfermagem e próprios funcionários, como fator relevante na sobrecarga de trabalho para as equipes de enfermagem, haja vista ser característica do profissional de saúde buscar atender ao paciente independente das condições de trabalho deficitárias. A demanda em um hospital é intransferível e urgente, fato que toma maior proporção no hospital de estudo, pois já há uma sobrecarga basal pela insuficiência do quadro funcional, em função do setor público somente prover vagas através de concursos públicos, e estes não ocorrerem conforme a demanda imediata.

Buscou-se o conceito de eficiência, aproveitando-se dos conhecimentos das boas práticas do setor privado, pesquisou-se a possibilidade de se implantar um programa de adequação laboral, no qual a sobrecarga referida seria amenizada pela reinserção, do funcionário convalescente, no trabalho, porém em atividades que respeitassem o seu estágio clínico. Para tal, as questões éticas e legais são observadas com rigor, bem como o disposto na legislação do quadro próprio do Governo do Estado.

Identificaram-se, durante a pesquisa, outras questões diretamente relacionadas com a questão do absenteísmo e da participação do funcionário em programa de otimização de recursos humanos, a saber: motivação e comprometimento do funcionário para com os colegas e instituição, a resistência às mudanças, inclusive nas estâncias superiores de chefias e direções.

O absenteísmo não é uma questão simples unifatorial e remete a outros fatores subjacentes complexos. Todas estas questões podem enriquecer estudos futuros sobre o tema.

O presente estudo justificou-se por mostrar a possibilidade de reduzir o absenteísmo, com o aproveitamento da capacidade laboral remanescente e observância das limitações clínicas do funcionário participante do programa. Para esse aproveitamento há necessidade de um desdobramento nas atividades dessa função e ênfase para uma prestação de serviço ocupacional local, fato inexistente nas unidades de lotação do Estado do Paraná, o que pressupõem a necessidade de

se aparelhar o setor de saúde ocupacional da Divisão Interna de Medicina e Saúde Ocupacional (DIMS) a fim de suprir as necessidades de avaliação de saúde ocupacional nos mais diversos órgãos estaduais.

Ficou nítida a necessidade de vontade política para se implantar mudanças de gestão que visem à qualidade de serviço prestado. Vontades, motivações e senso de comprometimento não se impõem com atos normativos. Mas, a coerência em ações de planejamento, norteadas pela constância de propósitos, pode, sim, agir como fator de transformação e de construção de uma realidade de otimização de recursos primando pela qualidade do produto oferecido à população.

Recomendamos que não apenas o objeto deste estudo, mas também outras questões de áreas diversas da esfera governamental, possuidoras da mesma identidade, ou seja, a necessidade de otimização de recursos venha ser apreciada com o devido interesse nas formulações de políticas públicas, já que necessitam de baixo investimento material para atingirem a eficiência e efetividade que a população merece por parte do servidor público estadual.

6 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALVES, P. **O mundo do trabalho em mudança. Relações de trabalho contemporâneas.** Belo Horizonte: PUC- IRT, 1999, p.13-30.

ANTUNES, R. **Os sentidos do trabalho: ensaio sobre a afirmação e a negação do trabalho.** São Paulo: Boitempo, 1999.

ARCHER, E. R. **O mito da motivação.** São Paulo: Pioneira 1990, p. 3-24

BERGAMINI, C. W. **Motivação nas organizações.** 4. ed. São Paulo: Atlas, 1997.

BERGAMINI, C. W. **Recursos humanos: a administração do sentido.** Rev. Administração de Empresas., São Paulo, 1991.v. 26, n. 2, p.68-73, abr./jun 1991.

BERGAMINI, C. W. CODA, R. **Psicodinâmica da vida organizacional: motivação e liderança.** São Paulo: Pioneira 1990, p. 3-24

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil:** Brasília, DF: Senado Federal, 1988.

BRASIL. **Portaria n.º 3.214**, de 8 de junho de 1978. Aprova as normas regulamentadoras – NR – do capítulo V do título II da consolidação das leis do trabalho, relativo à segurança e medicina do trabalho. 50 ed. São Paulo: Atlas, 2002.

BRITO, J.; NEVES, M.; ATHAYDE, M. Caderno de textos: **programa de formação em saúde, gênero e trabalho.** João Pessoa: Editora, Universitária, UFPB, 2003, p. 23-40.

CASSIANI, S. H..O aperfeiçoamento profissional sob as perspectivas das enfermeiras. **Revista Enfermagem**, UERJ, 1997, v.5, n.2, p. 479-486, dez.1997.

CHIAVENATO, I. **Recursos Humanos.** São Paulo: Atlas, 1985.

COUTO, H. A. **Temas de saúde ocupacional,** Belo Horizonte; Ergo 1991.

DEJOURS, C. **Por um novo conceito de saúde.** Rev. Brasileira de. Saúde Ocupacional., São Paulo,1986, v. 14, n. 54, abr./jun. 1986.

DEJOURS, C. **A loucura do trabalho.** Estudo da Psicopatologia do Trabalho. 5ª ed. São Paulo: Oboré. 1992.

DEJOURS, C.; DESSORS, D.; DESRIAUX, F. **Por um trabalho, fator de equilíbrio.** Rev. de Administração de. Empresas. São Paulo: 1993,. FNS - Fundação Nacional de Saúde. 2000, v. 33, n. 3, p.98-104, maio/jun 2000.

DONABEDIAN, R. **A gestão da qualidade total na perspectiva dos serviços de saúde**. Rio de Janeiro: Qualitymark, 1994.

DO RIO, R.P **Programa de controle médico de saúde ocupacional**. Belo Horizonte: Health, 1996

FERREIRA, A. B. H. **Aurélio o dicionário da língua portuguesa**, 6ª ed. Curitiba: Positivo, 2006.

FLEURY, M. L. **As pessoas na organização**. São Paulo: Gente, 2002.306p.

FNS - Fundação Nacional de Saúde. 2000. Disponível em: <www.fns.gov.br>. Acesso em 01 de dezembro de 2008.

GABOGGINI, H. O. **Dicionário de propedêutica médica**, 3ª ed. São Paulo: Formar, 1981.v.2

GIL, A.C. **Como elaborar projetos de pesquisa** 4ª ed. São Paulo: Atlas, 2009.

GODOY, S. C. B. **Absenteísmo - doença entre funcionários de um hospital universitário**, Dissertação. (Mestrado). Escola de Enfermagem da UFMG, 2001. Disponível em:< www.ufmg.gov.br>.Acesso em 23 de março de 2009.

GROCHOCKI, L. H. W. **Programa de avaliação de saúde ocupacional**: modelo para implantação em empresas de limpeza pública. 97f. Monografia (Especialização em Medicina do Trabalho) – Setor de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Paraná, Curitiba, 1992.

JACOB, J. **Mudança organizacional**: um estudo de caso utilizando uma abordagem cognitivista. Florianópolis. 85f. Dissertação (Mestrado).Engenharia de Produção Universidade Federal de Santa Catarina- UFSC. 1996.. Disponível em:<www.ufsc.gov.br>.Acesso em 28 de setembro de 2008.

KISIL, M., Gestão da mudança organizacional, **Série Saúde & Cidadania**. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, 1998, v. 4

MALIK¹, A. M. Qualidade na gestão local de serviços e ações de saúde, **Série Saúde & Cidadania**, Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo. São Paulo, 1998, v. 3

MALIK², A. M **Gestão de recursos humanos** Série Saúde & Cidadania, São Paulo, Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, 1998, v. 9

MARX K. **O capital: crítica à economia política**. 8ª ed. São Paulo: Difusão Editorial; 1982.

MATUS, C. **O Método PES** – roteiro de análise teórica, São Paulo: Ed. UNDA, 1996,

McGREGOR, D. **O lado humano da empresa**. 2ª ed. São Paulo: Martins Fontes, 1992.

MENDES, R. **Medicina do trabalho doenças profissionais**, São Paulo, Sarvier, 1980.

NEUMANN, V. N. **Qualidade de vida no trabalho: percepções da equipe de enfermagem na organização hospitalar** 164f.. Dissertação (mestrado em enfermagem) Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais.. Belo Horizonte, 2007.

NOGUEIRA, R. P. **A Gestão da qualidade total na perspectiva dos serviços de saúde**,. Rio de Janeiro: Qualitymark, 1994.

PARANÁ Manuais- **Manual de perícia médica** do servidor público estadual, Curitiba: Secretaria de Estado da Administração, 2000.

PIERON ,H.,**Psicologia experimental**,São Paulo:Zahar, 1969.

PINTO, A. M. **A Formação para o Trabalho em Tempos de Globalização**. I Seminário Internacional de Educação, Cianorte::Atas, 2001.

PITTA, A. M. F. **A equação no cuidado à doença**: o doente, seu cuidador e as organizações de saúde. Saúde e Sociedade, São Paulo, 1996.v. 5, n. 2, p. 35-60.

POCHMANN, M. **Desemprego e políticas de emprego**: tendências internacionais e o Brasil. economia & trabalho: textos básicos. Campinas, - UNICAMP, v.1, p. 219-234, 1998.

PUCCINI P.T.; Cecílio L. **A humanização dos serviços e o direito à saúde**. Cad Saúde Pública. Rio de Janeiro 2004, v. 7, n. 3, p.17-22, jul/set 2004.

REGIS FILHO, G. I. **Estudo de clima organizacional nos serviços de saúde pública**.. Florianópolis: UNIVALI, 1996.

REIS, J. N. **A motivação humana no trabalho administrativo do enfermeiro na realidade hospitalar**- aspectos teóricos. 97f. Dissertação (Mestrado). Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem USP, 1993.

RODRIGUES, M. V. C. **Qualidade de vida no trabalho: evolução e análise no nível gerencial**, 2. ed. Petrópolis: Vozes, 1995. 206 p.

SAMPAIO, J. R. (Org.) **Qualidade de vida, saúde mental e psicologia social**: estudos contemporâneos II. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1999. 260 p.

SBRISSIA, R.R. **Quadro de lotação-remanejamento de pessoal**. 1987, não publicado

SEBASTIANI R.W.. **A equipe de saúde frente às situações de crise e emergência no hospital geral: aspectos psicológicos**. In: Camon V. A. A. (Org.). **Urgências psicológicas no hospital**. São Paulo :Pioneira Thomson, 2002.

SINGER, P. **A crise das relações de trabalho: relações de trabalho contemporâneas**. 123f Tese (Mestrado em saúde pública) - Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais. Belo Horizonte, 1999, p. 31-45.

SOUNIS, E. **Manual de higiene e medicina do trabalho**, 3ª ed São Paulo: Ícone, 1991

STOTZ, E. N. **Necessidades de saúde: mediações de um conceito contribuição das Ciências sociais para a fundamentação teórica metodológica de conceitos operacionais da área de planejamento em saúde**, 514f. Tese (Doutorado em Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 1991

TANCREDI, F. B. Planejamento em Saúde, **Série Saúde & Cidadania**, São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, 1998. v.2

THIELEN, I.P. **Avaliação de desempenho** 1987, não publicado

APÊNDICES

APÊNDICE 1

FUNÇÃO AUXILIAR DE ENFERMAGEM finalidade de trabalho: executar as atividades necessárias físicas, funcionais e orgânicas do paciente, proporcionando-lhe a manutenção e aquisição do conforto e bem estar.			
ATIVIDADES	EXIGÊNCIAS FUNCIONAIS	EXIGÊNCIAS FISIOLÓGICAS	CRITÉRIOS CLÍNICOS DE AVALIAÇÃO DA CAPACIDADE LABORAL
Dispensação e organização de medicamentos conforme prescrição	Ler, raciocinar e manipular medicamentos	Visão, cognição e movimentos finos dos MMSS	Avaliação visual, de capacidades cognitivas e integridade de sistemas ósteo-muscular e neurológico
Ministração de medicação segundo padrões técnicos	Deambular, ministrar medicamento via oral ou injetável	Deambulação leve, visão, cognição e movimentos finos dos MMSS	Avaliação visual, de capacidades cognitivas e integridade de sistemas ósteo-muscular e neurológico
Cuidados higiênicos ao paciente	Mobilizar pacientes com pesos variáveis no leito ou fora dele, realizar movimentos de MMSS para realizar a higiene do paciente, Esforço físico dinâmico e estático Movimentos do cingulo dos MMSS deambulação.	Deambulação leve, manter-se em posturas incômodas, ortostase, movimentos com precisão média de MMSS, visão e capacidade de relação	Integridade do sistema neurológico e músculo-esquelético (Força e tônus muscular (Movimentos do cingulo dos MMSS e dos MMII) Integridade tegumentar

QUADRO 5 CORRELAÇÃO DE FUNÇÃO, ATIVIDADE, EXIGÊNCIAS E CRITÉRIOS DE AVALIAÇÃO - 1

FONTE: O autor (2009)

APÊNDICE 2

FUNÇÃO AUXILIAR DE ENFERMAGEM finalidade de trabalho: executar as atividades necessárias físicas, funcionais e orgânicas do paciente, proporcionando-lhe a manutenção aquisição do conforto e bem estar.			
ATIVIDADES	EXIGÊNCIAS FUNCIONAIS	EXIGÊNCIAS FISIOLÓGICAS	CRITÉRIOS CLÍNICOS DE AVALIAÇÃO DA CAPACIDADE LABORAL
Adequação de condições de conforto como mobilização no leito, atendimento à necessidades de bem-estar	Mobilizar pacientes com pesos variáveis no leito ou fora dele, realizar movimentos de MMSS do paciente, Esforço físico dinâmico e estático Movimentos do cingulo dos MMSS deambulação	Deambulação leve, manter-se em posturas incômodas, ortostase, ¹⁵ movimentos com precisão média de MMSS, visão e capacidade de relação	Integridade do sistema neurológico e músculo-esquelético (Força e tônus muscular Movimentos do cingulo ¹⁶ dos MMSS e dos MMII) Integridade tegumentar ¹⁷
Procedimentos técnicos curativos, realização de testes	Ler, interpretar, relacionar informações com conhecimentos prévios, realizar movimentos precisos de MMSS, deambulação	deambulação leve, visão, deambulação leve, movimentos precisos, rítmicos de MMSS, cognição e capacidade de relação,	Avaliação visual, de capacidades cognitivas, Integridade do sistema neurológico e músculo-esquelético (Força e tônus muscular Movimentos do cingulo dos MMSS e dos MMII) Integridade Tegumentar

QUADRO 6 CORRELAÇÃO DE FUNÇÃO, ATIVIDADE, EXIGÊNCIAS E CRITÉRIOS DE AVALIAÇÃO - 2
 FONTE: O autor (2009)

¹⁵ Posição de se manter em pé

¹⁶ Conjunto de peças que compõe um todo

¹⁷ Relativo à integridade da pele, mucosas

APÊNDICE 3

FUNÇÃO AUXILIAR DE ENFERMAGEM			
finalidade de trabalho: executar as atividades necessárias físicas, funcionais e orgânicas do paciente, proporcionando-lhe a manutenção aquisição do conforto e bem estar.			
ATIVIDADES	EXIGÊNCIAS FUNCIONAIS	EXIGÊNCIAS FISIOLÓGICAS	CRITÉRIOS CLÍNICOS DE AVALIAÇÃO DA CAPACIDADE LABORAL
Tomada de dados vitais e anotação dos valores na evolução	Ler, interpretar, relacionar informações com conhecimentos prévios, realizar movimentos de MMSS, deambulação	deambulação leve, visão, deambulação leve, movimentos precisos, rítmicos de MMS, cognição e capacidade de relação,	Avaliação visual, de capacidades cognitivas, Integridade do sistema neurológico e músculo-esquelético (Força e tônus muscular Movimentos do cingulo dos MMSS e dos MMII) Integridade tegumentar
Percepção das queixas e condições clínicas do paciente e sua comunicação	Observação visual e auditiva relacionar informações com conhecimentos prévios,	Visão, audição Avaliação , de capacidades cognitivas	Avaliação visual, auditiva e de capacidades cognitivas,
Anotações sobre a evolução do paciente	Escrita, relacionar informações com conhecimentos prévios,	Visão, audição, movimentos de MMSS	Avaliação visual, de capacidades cognitivas Integridade do sistema neurológico e músculo-esquelético (Força e tônus muscular Movimentos do cingulo dos MMSS,

QUADRO 7 CORRELAÇÃO DE FUNÇÃO, ATIVIDADE, EXIGÊNCIAS E CRITÉRIOS DE AVALIAÇÃO - 3

FONTE: O autor (2009)

APÊNDICE 4

FUNÇÃO AUXILIAR DE ENFERMAGEM finalidade de trabalho: executar as atividades necessárias físicas, funcionais e orgânicas do paciente, proporcionando-lhe a manutenção e aquisição do conforto e bem estar.			
ATIVIDADES	EXIGÊNCIAS FUNCIONAIS	EXIGÊNCIAS FISIOLÓGICAS	CRITÉRIOS CLÍNICOS DE AVALIAÇÃO DA CAPACIDADE LABORAL
Acompanhamento do paciente em suas atividades de exames complementares, terapias e atividades	Observação visual e auditiva, capacidade de relação, movimentos de MMSS para mobilizar o paciente e deambulação média relacionar informações com conhecimentos prévios,	Visão, audição, movimentos de MMSS e MMII	Avaliação visual, auditiva Integridade do sistema neurológico e músculo-esquelético (Força e tônus muscular Movimentos do cingulo dos MMSS,e MMII
Realização de procedimentos de suporte como manutenção da ordem do posto de enfermagem, esterilização de materiais	Movimentos médios de MMSS com esforço estático e dinâmico e deambulação	Visão, deambulação média	Avaliação visual, Integridade do sistema neurológico e músculo-esquelético (Força e tônus muscular Movimentos do cingulo dos MMSS,e MMII, Integridade tegumentar

QUADRO 8 - CORRELAÇÃO DE FUNÇÃO, ATIVIDADE, EXIGÊNCIAS E CRITÉRIOS DE AVALIAÇÃO - 4

FONTE: O autor (2009)

APÊNDICE 5

EXIGÊNCIAS FUNCIONAIS/ EXIGÊNCIAS FISIOLÓGICAS		Força muscular	Tônus muscular	Trofismo muscular	Reflexos, Sensibilidades térmica, dolorosa, tátil	Coordenação e equilíbrio	Alinhamento ósseo	Integridade óssea; tendinites, contusões luxações, entorses, lesões ligamentares,	Inspeção, palpação, mobilidade de coluna vertebral	Articulações: artralgias, deformidades edemas, crepitações,	Cardiopatas, varizes, flebites, linfangites, arterites	Capacidade respiratória	Integridade cutânea	Hígidez Sistema imunológico	Hígidez Sistema endócrino	Reserva metabólica adequada	Boas condições de visão (binocular/ profundidade, perto, longe, adaptação, cores, campo)	Audição	Avaliação psiquiátrica para as habilidades de relação e produção	Avaliação cognitiva para as atividades de análise, síntese, codificação decodificação, elaboração
Movimentos dos MMSS	de pequena amplitude:				x	x	x	x	x	x										
	de média amplitude:	x	x		x	x	x	x	x	x						x				
	de grande amplitude:	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x					x	x			
Movimentos de tronco, coluna:	de pequena amplitude:					x	x	x	x											
	de média amplitude:	x	x			x	x	x	x	x	x	x								
	de grande amplitude:	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x									
Movimentos dos MMII	de pequena amplitude:	x	x	x					x	x										
	de média amplitude:	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x					x				
	de grande amplitude:	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x				x	x			
Esforço físico estático de MMSS:	de pequena intensidade	x																		
	de média intensidade	x	x	x	x	x		x		x	x									
	de grande intensidade	x	x	x	x	x		x	x	x	x									
Esforço físico dinâmico de MMSS:	de pequena intensidade	x	x	x	x	x														
	de média intensidade	x	x	x	x	x														
	de grande intensidade	x	x	x	x	x		x	x	x	x									

QUADRO 9 – EXIGÊNCIAS FUNCIONAIS E FISIOLÓGICAS –
FONTE: O autor (2009)

APÊNDICE 6

EXIGÊNCIAS FUNCIONAIS/ EXIGÊNCIAS FISIOLÓGICAS	Força muscular	Tônus muscular	Trofismo muscular	Reflexos, Sensibilidades térmica, dolorosa, tátil	Coordenação e equilíbrio	Alinhamento ósseo	Integridade óssea; tendinites, contusões, luxações, entorses, lesões ligamentares,	Inspeção, palpação, mobilidade de coluna vertebral	Articulações: artralgias, deformidades, edemas, crepitações, deformidades, flogose e mobilidade	Cardiopalias, varizes, flebites, infangites, arterites	Capacidade respiratória	Integridade cutânea	Higidez Sistema imunológico	Higidez Sistema endócrino	Reserva metabólica adequada	Boas condições de visão (binocular/ profundidade, perto, longe, adaptação, cores, campo)	Audição	Avaliação psiquiátrica para as habilidades de relação e produção	Avaliação cognitiva atividades de análise, síntese, codificação decodificação, elaboração
Movimentar ritmicamente intermitentemente- média precisão	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x					x	x			
Movimentar ritmicamente intermitentemente- baixa precisão		x			x		x		x										
Movimentar precisamente mãos, antelhos, antebraços	x		x	x	xx	x	x		x			x				x		x	
Movimentar rapidamente MMSS	x	x	x		x	x	x		x	x	x	x			x	x			
Deambular intensamente (50% ou mais da jornada de trabalho)	x	x	x		x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x			
Deambular medianamente (20 a 50% da jornada de trabalho)	x	x			x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x				
Deambular minimamente (menos de 25% da jornada de trabalho)		x				x			x										
Transportar níveis: agachar-se, levantar-se, manter-se em pé	x	x	x		x	x	x	x	x	x	x	x	x	x					

QUADRO 10 – EXIGÊNCIAS FUNCIONAIS E FISIOLÓGICAS - 2

FONTE: O autor (2009)

APÊNDICE 7

EXIGÊNCIAS FUNCIONAIS/ EXIGÊNCIAS FISIOLÓGICAS	Força muscular	Tônus muscular	Trofismo muscular	Reflexos, Sensibilidades térmica, dolorosa, tátil	Coordenação e equilíbrio	Alinhamento ósseo	Integridade óssea: tendinites, contusões luxações, entorses, lesões ligamentares,	Inspeção, palpação, mobilidade de coluna vertebral	Articulações: artralgias, deformidades edemas, crepitações, deformidades, frouxidão e mobilidade	Cardiopatas, varizes, flebites, infanglites, arterites	Capacidade respiratória	Integridade cutânea	Higiêz Sistema imunológico	Higiêz Sistema endócrino	Reserva metabólica	Boas condições de visão (binocular/ profundidade, perto, longe, adaptação, cores campo)	Audição	Avaliação psiquiátrica para as habilidades de relação e produção	Avaliação cognitiva para as atividades de análise, síntese, codificação decodificação, elaboração
Permanecer em ortostase prolongada	X	XX	X	x	x	x	x	X	x										
Permanecer em posturas incômodas	X	XX	XX	x	x	x	xx	X	x										
Expor-se a Alternância de temperaturas		X		x			x		x										
Cumprir ordens																			
Relacionar-se com pessoal																			
Memorizar / lembrar conhecimentos prévios																			
Codificar																			
Analisar																			
Decodificar																			
Raciocinar																			
Repetir (transcrever dados e informações)																			
Tomar decisões																			
Erguer peso	x	x	x		x	x	x	X	x										
Empurrar peso	x	x	x		x	x	x	X	x										

QUADRO 11 – EXIGÊNCIAS FUNCIONAIS E FISIOLÓGICAS - 3
FONTE: O autor (2009)

APÊNDICE 8

EXIGÊNCIAS FUNCIONAIS /EXIGÊNCIAS FISIOLÓGICAS																			
	Força muscular	Tônus muscular	Trofismo muscular	Reflexos, Sensibilidades térmica, dolorosa, tátil	Coordenação e equilíbrio	Alinhamento ósseo	Integridade óssea ;tendinites, contusões luxações, entorses, lesões ligamentares,	Inspeção, palpação, mobilidade de coluna vertebral	Articulações: artralgias, deformidades edemas, crepitações, deformidades, flogose e mobilidade	Cardiopatias, varizes, flebites, linfangites, arterites	Capacidade respiratória	Integridade cutânea	Higidez Sistema imunológico	Higidez Sistema endócrino	Reserva metabólica adequada	Boas condições de visão (binocular/ profundidade, perto, longe, adaptação, cores, campo)	Audição	Avaliação psiquiátrica para as habilidades de relação e produção	Avaliação cognitiva para as atividades de análise, síntese, codificação decodificação, elaboração
Controlar																			
Coordenar visando metas																x	x	x	x
Observar condutas, dados, acontecimentos																xx	xx	x	x
Codificar (Síntese e transmissão)																xx	xx	x	x
Conferir					x												xx	x	x
Emitir pareceres																		x	x
Interpretar																		x	x
Ler																		x	x
Anotar	x	x	x		x				x								x		x
Manusear ferramentas	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x			x	x			x
Manusear materiais específicos	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x			x	x			x
Accionar comandos mecânicos, elétricos,, hidráulicos	x	x	x	x	x	x	x	x	x		x				x	x			x
Responder a situações emergenciais	x	x	x	xx	x		x	x					x			x	x		x

QUADRO 12 – EXIGÊNCIAS FUNCIONAIS E FISIOLÓGICAS - 4
FONTE:O autor (2009)

APÊNDICE 9

QUESTIONÁRIO-1 CHEFIAS DE ENFERMAGEM

Prezada Enfermeira- Chefe e Superiores Imediatas

Estou realizando um Trabalho de Conclusão de Curso de Especialização em Formulação e Gestão de Políticas Públicas no Setor de Ciências Contábeis da Universidade Federal do Paraná, com o apoio da Escola de Governo do Estado do Paraná.

Pesquisei a possibilidade de implantar um programa de adequação laboral voltado a reinserir o funcionário convalescente de problemas crônicos de saúde, que retorna ao trabalho ou que tem sua alta da Perícia Médica antecipada.

Minha hipótese é que, uma vez setorizadas as atividades da função de auxiliar de enfermagem, os funcionários em pauta possam realizar atividades compatíveis com o estágio de seu quadro clínico.

O meu objetivo é investigar a viabilidade de tal programa.

Solicito a sua colaboração, respondendo ao presente questionário.

Esclareço que a participação é espontânea, não havendo necessidade de identificação. As informações aqui contidas destinam-se exclusivamente para a finalidade de pesquisa, e por razões éticas, não está sendo mencionado o nome de nossa instituição. Comprometo-me a guardar sigilo sobre as informações aqui contidas e este estudo não possui qualquer vínculo com a área de recursos humanos do hospital ou da Secretaria de Estado da Saúde. Nenhuma informação, aqui contida influenciará em qualquer sentido a sua relação de trabalho.

Antecipadamente agradeço pela sua colaboração

Luiz Henrique Wanderley Grochocki

QUESTIONÁRIO 1
(Enfermeira- Chefe e Superiores Imediatas)

Instruções:

- este questionário é composto por 5 grupos de perguntas.
- antes de preenchê-lo, certifique-se que você tenha entendido sobre o motivo da pesquisa e sobre o programa em questão. Qualquer dúvida, estou disponível para esclarecimentos.
- nos grupos 3 a 5 de perguntas, existem 5 alternativas: estas são de cunho gradual, de acordo com a sua percepção de “maior para menor intensidade”. A 5ª alternativa deve ser preenchida caso você não tenha conhecimento sobre o assunto abordado na questão.

1- Dados Pessoais:

Idade () Sexo: M () F ()

Tempo de serviço neste hospital _____ anos

2- Em relação a outros empregos:

- () sempre trabalhei apenas neste hospital
- () atualmente, trabalho apenas neste hospital, mas já trabalhei em outros
- () atualmente trabalho aqui e em outro local

3- Em relação ao absenteísmo neste hospital:

“o absenteísmo neste hospital, quando comparado a outros serviços privados, é elevado e impacta na eficácia das equipes de enfermagem” Você:

- () concorda plenamente
- () concorda parcialmente
- () discorda parcialmente
- () discorda totalmente
- () não sei

4- As ausências ao trabalho, são avisadas em tempo hábil:

- ☐ sempre
- ☐ a maioria das vezes
- ☐ algumas vezes
- ☐ nunca são avisadas
- ☐ não sei

5- Quando as ausências são avisadas, como você procede:

- ☐ solicita o comparecimento de outro profissional para substituição
- ☐ mantem a mesma equipe, sem interferir no processo de trabalho
- ☐ acaba realizando atividades do funcionário faltoso

6- Como você percebe a repercussão do absenteísmo, neste hospital:

- ☐ ele é insignificante e não traz repercussões para o andamento do serviço
- ☐ ele é insignificante e mesmo assim traz repercussões para o andamento do serviço
- ☐ o absenteísmo é grande ou médio e traz repercussões
- ☐ mesmo ele sendo significativo, contorno a situação, solicitando a presença de outro funcionário ou eu própria realizo algumas atividades, de forma que o absenteísmo não traz repercussões

7- Caso você perceba repercussões do absenteísmo, que aspecto você considera mais afetado:

- ☐ o paciente, pois como há falta de funcionários, o serviço acaba Prejudicado.
- ☐ ambas as situações ocorrem: deficiência de atendimento ao paciente e sobrecarga da equipe.
- ☐ o funcionário da equipe que está trabalhando, pois para cumprir com as necessidades do serviço, ele acaba sobrecarregado.
- ☐ nenhum segmento, paciente ou funcionário são afetados pelo Absenteísmo.
- ☐ Não sei

Em relação à equipe de enfermagem:

8- Você considera que o dimensionamento das equipes de auxiliar de enfermagem :

- ☐) está hiperdimensionado
- ☐) é ideal e não precisa ser modificado
- ☐) é ideal, mas se fosse aumentada poder-se-ia ampliar atuação da equipe
- ☐) é deficiente
- ☐) não sei

9- Você considera, tomando como base a maioria (mais de 50%) dos funcionários da equipe:

- ☐) a maioria é extremamente motivada, capaz de vencer sobrecargas em função do seu grau de motivação
- ☐) a maioria é motivada, mas isto não significa que se submeta a sobrecargas
- ☐) a maioria é desmotivada, mas mesmo assim submete-se a sobrecargas
- ☐) a maioria é desmotivada e acomoda-se sem se sensibilizar em situações de sobrecarga
- ☐) não sei

Em relação ao que lhe foi explanado sobre um programa de readequação laboral:

10- você entendeu como funcionaria este programa:

- ☐) completamente
- ☐) parcialmente , mas tenho algumas dúvidas
- ☐) tenho dúvidas mas entendi a essência do programa
- ☐) tenho muitas dúvidas
- ☐) não sei responder

11- quanto a utilidade do programa, proposto (não responda caso você tenha muitas dúvidas):

- ☐) será de extrema utilidade, melhorando as condições de trabalho e o atendimento
- ☐) pode vir a ser útil, mas acredito que será difícil de ser implantado melhorias nas condições de trabalho e atendimento
- ☐) não terá utilidade
- ☐) não sei

12- você entende que o programa teria que aceitação por parte dos funcionários da equipe (tomando como base a maioria (mais de 50%) dos funcionários da equipe):

- ☐) excelente aceitação
- ☐) média aceitação
- ☐) baixa aceitação
- ☐) não terá aceitação
- ☐) não sei

13- você considera que a implantação deste programa, nos aspectos de operacionalização, seria:

- ☐) facilmente implantável
- ☐) poderia ser implantado, mas traria dificuldades para ser operacionalizado
- ☐) haveria muita dificuldade para ser operacionalizado
- ☐) haveria muita dificuldade para a sua implantação e operacionalização
- ☐) não sei

APÊNDICE 10

QUESTIONÁRIO 2- AUXILIARES DE ENFERMAGEM

Prezado (a) Auxiliar de Enfermagem

Estou realizando um Trabalho de Conclusão de Curso de Especialização em Formulação e Gestão de Políticas Públicas no Setor de Ciências Contábeis da Universidade Federal do Paraná, com o apoio da Escola de Governo do Estado do Paraná.

Pesquisei a possibilidade de implantar um programa de adequação laboral voltado a reinserir o funcionário convalescente de problemas crônicos de saúde, que retorna ao trabalho ou que tem sua alta da Perícia Médica antecipada.

Minha hipótese é que, uma vez setorizadas as atividades da função de auxiliar de enfermagem, estes funcionários, aqui chamados convalescentes, possam realizar atividades compatíveis com o estágio de seu quadro clínico.

O meu objetivo é investigar a viabilidade deste programa.

Solicito a sua colaboração espontânea, respondendo ao presente questionário.

Esclareço que a participação é espontânea, não havendo necessidade de identificação. As informações aqui contidas destinam-se exclusivamente para a finalidade de pesquisa, e por razões éticas, não está sendo mencionado o nome de nossa instituição. Comprometo-me a guardar sigilo sobre as informações aqui contidas e este estudo não possui qualquer vínculo com a área de recursos humanos do hospital ou da Secretaria de Estado da Saúde. Nenhuma informação, aqui contida influenciará em qualquer sentido a sua relação de trabalho.

Antecipadamente agradeço pela sua colaboração

Luiz Henrique Wanderley Grochocki

APÊNDICE 10**QUESTIONÁRIO 2****(Técnicos e Auxiliares de Enfermagem)****Instruções:**

- este questionário é composto por 5 grupos de perguntas.
- antes de preenchê-lo, certifique-se que você tenha entendido sobre o motivo da pesquisa e sobre o programa em questão. Qualquer dúvida, estou disponível para esclarecimentos.
- nos grupos 3 a 5 de perguntas, existem 5 alternativas: estas são de cunho gradual, de acordo com a sua percepção de “maior para menor intensidade”. A 5ª alternativa deve ser preenchida caso você não tenha conhecimento sobre o assunto abordado na questão.

1- Dados Pessoais e de lotação:

1a- Idade () Sexo: M () F ()

1b- Tempo de serviço neste hospital _____anos

1c- Turno de trabalho:

Diurno () Noturno ()

1d- Formação escolar:

Ensino fundamental () Ensino médio () Superior ()

1e- Estado civil:

() solteiro (a) () casado (a) ou amasiado
() separado (a) () viúvo (a)

1f- Número de filhos (as) _____

2- Em relação a outros empregos:

- ☐ sempre trabalhei apenas neste hospital
- ☐ atualmente, trabalho apenas neste hospital, mas já trabalhei em outros
- ☐ atualmente, trabalho apenas neste hospital porque não surgiram oportunidades de outros empregos
- ☐ atualmente trabalho aqui e em outro local e sinto-me sobrecarregado
- ☐ atualmente trabalho em mais de hospital e não me sinto sobrecarregado

3- Em relação ao seu absenteísmo neste hospital:

3a- Você teve alguma ausência ao trabalho em 2008

- ☐ nenhuma ou “se precisei faltar fiz troca de plantão” ou “faltei por motivos legais”ou“faltei para acompanhar familiar doente” (faltas justificadas)
- ☐ tive ausências apenas por motivos de saúde
- ☐ tive faltas não-justificadas

3b- Se você teve ausências por motivo de saúde, quantos atestados você apresentou? _____

3c- Você comunicou, em tempo hábil, que estava de atestado?

- ☐ sempre ☐ algumas vezes ☐ nunca

3d- Os afastamentos por motivo de saúde, deveram-se pela mesma doença?

- ☐ sim ☐ por duas doenças ☐ por 3 ou mais doenças

3e- No total estes atestados somaram quantos dias de afastamento? ____ dias

3f- Se você teve afastamentos por motivos médicos no ano de 2008:

foram _____ atestados de 1 a 3 dias, perfazendo _____ dias

foram _____ atestados de 4 a 15 dias, perfazendo _____ dias

foram _____ atestados de mais de 15 dias, perfazendo _____ dias

3g- Como você percebe a repercussão do seu absenteísmo, neste hospital:

() os colegas comentaram que não houve repercussões para o andamento do serviço

() que houve repercussões , mas eles não se sentiram sobrecarregados,

() tenho consciência que os colegas de equipe se sentiram sobrecarregados

3h- Caso você possua mais de um vínculo e tenha se afastado por motivos de doença, indo à perícia do Estado e para o INSS, em relação aos dois afastamentos:

() os dois foram por idênticos períodos de _____ dias

() o afastamento concedido pelo INSS foi maior em _____ dias

() o afastamento concedido pela Perícia do Estado foi maior em ____ dias

4- Em relação às ausências por motivos de saúde de seus colegas da equipe de enfermagem, a sua sobrecarga de trabalho e à sua motivação para o trabalho:

4a- Você considera que o dimensionamento das equipes de auxiliar de enfermagem em sua equipe:

() está hiperdimensionado

() é ideal e não precisa ser modificado

() é deficiente mas não acarreta deficiência no serviço

() a equipe é deficiente e isto traz prejuízos para os funcionários e pacientes

4b-. Você considera, tomando como base a maioria (mais de 50%) dos funcionários da sua equipe, as suas faltas em relação aos colegas de equipe:

- ☐ () tem mais repercussão que as faltas de meus colegas
- ☐ () tem idêntica repercussão
- ☐ () tem menos repercussão que as de meus colegas

4c- Em relação às ausências de seus colegas:

- ☐ () você não sente nenhuma sobrecarga ou acha que as faltas deles não afligem-te porque há substituições
- ☐ () você não se sobrecarrega porque, se alguém falta, você faz apenas a sua rotina, mesmo que haja alguma deficiência no atendimento aos pacientes
- ☐ () você não deixa que haja qualquer deficiência do serviço e sente-se sobrecarregado (a) com a ausência dos outros

4d- Em relação a sua motivação para seu trabalho neste hospital:

- ☐ () sinto-me motivado e sou comprometido com o hospital
- ☐ () até sou motivado, mas não o suficiente para realizar algo além de minha obrigação
- ☐ () estou desmotivado e se fizer algo além de minha obrigação, isto me deixará muito sobrecarregado

5- Em relação ao que lhe foi explanado sobre um programa de readequação laboral:

5a- Você entendeu como funcionaria este programa:

- ☐ () completamente
- ☐ () parcialmente , mas tenho algumas dúvidas
- ☐ () tenho muitas dúvidas

5.b- Quanto a utilidade do programa, proposto (não responda caso você tenha muitas dúvidas):

- ☐) será de extrema utilidade, melhorando as condições de trabalho e o atendimento
- ☐) pode vir a ser útil, mas não visualizo melhorias
- ☐) não terá utilidade

5c- Você aceitaria a implantação do o programa:

- ☐) sim, tanto para minha convalescença, quanto para antecipar minha licença, caso me sentisse em condições de trabalhar em alguma atividade especial que respeitasse minhas condições de saúde
- ☐) sim , mas apenas para a minha convalescença após o prazo normal de minha licença média
- ☐) não aceitaria em nenhuma hipótese, mesmo que isto me obrigasse a retornar ao trabalho, realizando todas as atividades de minha função e acarretasse algum tipo de desconforto

5.d- Você considera que é viável a realização das atividades da função auxiliar de enfermagem de forma segmentada:

- ☐) sim, mesmo não realizando todas as atividades da função, eu me sentiria útil realizando aquilo que está a meu alcance
- ☐) sim, mas entendo que pouco adiantaria se eu não pudesse realizar todas as atividades
- ☐) não, eu entendo que se vier a trabalhar, só fará sentido se puder realizar todas as atividades de minha função

5e- Caso você entenda que pudesse ser implantado este programa, qual seria, na sua opinião a melhor vantagem obtida:

- ☐) para mim próprio, pois eu me sentiria satisfeito podendo retornar ao trabalho, ser útil e ter minhas condições de saúde respeitadas
- ☐) para a equipe, pois me sinto bem aliviando a sobrecarga de trabalho de meus colegas
- ☐) para o paciente que será mais bem atendido